



MIELENTERVEYSASIAKKAAN SOMAATTISEN HOIDON TOTEUTUMINEN

Aikuispsykiatrian poliklinikan asiakkaiden kokemuksia
somaattisen hoidon saatavuudesta ja laadusta

Koulutusala			
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma			
Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t)			
Suvi Alatalo ja Asta Kuokkanen			
Työn nimi			
Mielenterveysasiakkaan somaattisen hoidon toteutuminen.			
Aikuispsykiatrian poliklinikan asiakkaiden kokemuksia somaattisen hoidon saatavuudesta ja laadusta			
Päiväys	6.6.2018	Sivumäärä/Liitteet	48/3
Ohjaaja(t)			
Arja-Sisko Kainulainen ja Petri Kainulainen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)			
Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Iisalmen aikuispsykiatrian poliklinikka			
Tiivistelmä			
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kokemuseräistä tietoa siitä, miten somaattisen hoidon saatavuus ja laatu toteutuvat mielenterveysasiakkaan kokemana. Tavoitteena oli selvittää, mitkä asiat toteutuivat hyvin, mitä parannettavaa palveluissa mahdollisesti oli ja miten niitä voitaisiin parantaa. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin kolmen ja puolen kuukauden aikana kyselylomakkeilla Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Iisalmen aikuispsykiatrian poliklinikan 18–64 vuotiailta asiakkailta. Poliklinikan henkilökunta tarjosi kyselylomaketta vastaanoton yhteydessä asiakkaalle. Yhteensä kysely tavoitti 88 vastaajaa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena sisältäen kvalitatiivisia eli laadullisia piirteitä avointen kysymysten osalta. Yhdessä nämä tutkimusmenetelmät muodostivat metodologisen triangulaation. Vastattuja, hyväksyttäviä lomakkeita palautui yhteensä 33 ja vastausprosentiksi tuli 37,5. Aineisto analysoitiin määrällisesti ja laadullisesti. Määrällinen aineisto kuvattiin frekvenssein, suhteellisin frekvenssein sekä ristiintaulukoiden. Laadullinen aineisto kuvattiin opinnäytetyössä sellaisenaan.</p> <p>Tulosten perusteella mielenterveysasiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa somaattiseen hoitoon ja sen laatuun. Tyytyväisiä oltiin erityisesti henkilöstön ammattitaitoon ja hyvään hoitoon. Kokemus hoidosta oli hyvä, mikäli hoitoon oli päästy nopeasti ja kohtelu terveydenhuollossa oli ollut ystävällistä ja asiallista. Parannusehdotuksena vastauksissa nousivat esille resurssien lisääminen, asiakaslähtöisyyden parantaminen sekä tuen ja ohjeistuksen lisääminen hoitoketjun eri vaiheissa.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää somaattisen hoidon saatavuuden ja laadun kehittämisessä nyt kun sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen on ajankohtaista. Terveydenhuollossa tarvitaan edelleen myös henkilökoh- taista ohjausta ja neuvontaa. Matalan kynnyksen terveydenhoitoa tulee olla saatavilla. Terveydenhuollossa potilaan kohtaaminen ja yksilöllinen huomioiminen ovat tulevaisuudessakin hoitotyön keskiössä ja kaikkien terveydenhoi- toalan ammattilaisten tulee osaltaan pitää huolta ammatillisesta ja arvostavasta potilaan kohtelusta.</p>			
Avainsanat			
mielenterveyshäiriöt, hoito, laatu, terveydenhuolto			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Suvi Alatalo ja Asta Kuokkanen			
Title of Thesis Realization of somatic health care for mental health clients Adults psychiatric clinic clients' experiences of the availability and quality of somatic health care			
Date	6.6.2018	Pages/Appendices	48/3
Supervisor(s) Arja-Sisko Kainulainen ja Petri Kainulainen			
Client Organisation /Partners Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority in Social and health care, Psychiatric outpatient clinic for adults in Iisalmi			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to get experience-based information on how the availability and quality of somatic health care are experienced by a mental health client. The aim was to find out which things went well, which things could possibly be improved and how to improve them. The data for this survey was collected over a period of three and half months from 18 to 64 year old clients in the adults' psychiatric outpatient clinic in Iisalmi Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority. The polidinic staff offered the questionnaire to the clients during practice. In combined the questionnaire reached 88 respondents.</p> <p>The thesis was carried out as a quantitative study including qualitative features in the form of open questions. These two research methods formed a methodological triangulation. Responded, acceptable forms returned a total of 33 and the response rate was 37,5. The material was analyzed quantitatively and qualitatively. The quantitative data was presented with frequencies, relative frequencies and cross tables. The qualitative material was described as such.</p> <p>Based on the results, the mental health clients were in general satisfied with the somatic health care and its quality. They were particularly satisfied for the nursing staff's professional skills and with the quality of treatment received. The experience of health care was good if the treatment had been received quickly and the treatment in the health care had been friendly and appropriate. The improvement proposals included increase of resources, improving customer orientation and increasing the support and guidance at different phases of the care chain.</p> <p>The results of the thesis can be utilized in improving somatic health care availability and quality now that the modernization of social and health care services is current. Personal guidance and counseling is still needed in health care. Easy access healthcare should be available. Encountering the patients and individual attention will remain to be in the centre of nursing, and all the health care professionals should maintain professional and respectful attitude when treating patients.</p>			
<p>Keywords mental health disorders, care, quality, health care</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT.....	7
2.1	Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen luokittelu	7
2.2	Depressio	7
2.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	8
2.4	Syömishäiriöt.....	8
2.5	Ahdistuneisuushäiriöt.....	9
2.6	Skitsofrenia	9
3	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ JA SOMAATTISET SAIRAUDET	11
3.1	Mielenterveysasiakkaan somaattinen sairastavuus.....	11
3.2	Somaattiset sairaudet	12
3.2.1	Sepelvaltimotauti	12
3.2.2	Sydämen vajaatoiminta	12
3.2.3	Aivoverenkiertohäiriöt.....	13
3.2.4	Diabetes	13
3.2.5	Metabolinen oireyhtymä	14
3.2.6	Veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöt.....	15
3.3	Somaattisen avun hakeminen ja omahoito	15
4	TERVEYSPALVELUT JA VALINNANVAPAAUS YLÄ-SAVON SOTE KUNTAYHTYMÄN ALUEELLA.....	16
4.1	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän terveyspalvelut.....	16
4.2	Valinnanvapaus.....	18
5	HOIDON LAATU.....	20
5.1	Asiakaslähtöisyys	20
5.2	Hoidon saatavuus.....	20
5.3	Tiedonsaantioikeus ja hoitoon osallistuminen.....	21
5.4	Tiedon siirto hoitotahojen välillä.....	21
5.5	Ammatillinen osaaminen	22
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	23
7	TYÖN TOTEUTUS JA MENETELMÄT.....	24
7.1	Aiempi tutkimustieto.....	24
7.2	Triangulaatio	25

7.3	Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus	25
7.4	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus.....	26
7.5	Opinnäytetyön teoriaosa ja kyselylomakkeen laadinta.....	27
7.6	Kyselyn kohderyhmä ja aineistonkeruu	28
7.7	Aineiston analysointi ja opinnäytetyön viimeistely.....	28
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	30
8.1	Kyselyyn osallistujat	30
8.2	Somaattiseen hoitoon hakeutuminen	31
8.3	Somaattiseen hoitoon pääsy.....	32
8.4	Kohtaaminen terveydenhuollossa	32
8.5	Somaattinen jatkohoito	33
8.6	Taustatekijöiden vaikutukset kokemukseen hoidon saatavuudesta ja laadusta.....	34
8.7	Yhteenveto.....	35
9	POHDINTA.....	37
9.1	Eettisyys opinnäytetyöprosessissa	37
9.2	Vastaajien valinta ja tutkimuksen luotettavuus.....	38
9.3	Tulosten tarkastelu ja hyödynnettävyys	39
9.4	Suositukset ja jatkotutkimushaasteet.....	41
9.5	Ammatillinen kasvu	42
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	44
	LIITE 1: TUTKIMUSLUPA.....	49
	LIITE 2: KYSELYLOMAKE.....	53
	LIITE 3: SAATEKIRJE	57

1 JOHDANTO

Hallituksen kärkihankkeisiin kuuluvat kaudella 2015–2019 sosiaali- ja terveystalouden asiakaslähtöisyyden parantaminen sekä palveluiden integrointi yhdeksi kokonaisuudeksi (Valtioneuvoston kanslia 2016). Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen artikkelissa todetaan, että nykyinen palvelukentän pirstoutuminen vaikeuttaa erityisesti moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen saantia ja saatavuutta (THL 2016). Hyvinvointi 2015 -ohjelmassa kerrotaan hyvinvointipolitiikan tavoitteiksi hyvinvointipalvelujärjestelmän rakenteiden ja toimintatapojen muuttamisesta myös vajaakuntoisten ihmisen elämän mahdollistamiseksi. Käytännössä tämä tarkoittaa asiakaslähtöistä sosiaali- ja terveystalouden yhdistämistä. Ohjelmassa painotetaan yhteiskunnan vastuuta erityisesti heikossa asemassa olevien asiakkaiden hoidon ja huolenpidon järjestämisestä. (STM 2005.)

Usein mielenterveysasiakkailta on eriaikaisia ongelmia perustarpeista huolehtimisesta. Sosiaalinen kanssakäyminen ja arkielämästä selviytyminen saattavat tuottaa ongelmia. Ongelmien laajuus ja vakavuus vaihtelevat yksilön tilanteen ja sairauden vaiheen mukaan. Mielenterveysongelmainen ei välttämättä ole kykenevä huolehtimaan omasta terveydestään tai osaa ilmaista mahdollista fyysistä oiretta tai kipua. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen ja Annala 2007, 57–60.)

Tampereen psykiatrisen avohoidon ylilääkäri Päivi Kiviniemi kertoo Mielenterveyslehden artikkelissa, että kokonaisvastuuta mielenterveysasiakkaan tilanteesta ei nykyisellään ole kukaan (Seppi 2011, 12–15). Pitkäaikaissairauden riittävä itsehoito ja hoitoon hakeutuminen tai sitoutuminen eivät mielenterveysasiakkaalta onnistu. Hänen mukaansa mielenterveysasiakkaille tulisi aktiivisemmin tarjota terveystalouksia, kun nykyisin asiakkaiden pitää itse osata etsiä ja pyytää niitä.

Opinnäytetyön aihe, mielenterveysasiakkaan somaattisen hoidon toteutuminen, on ajankohtainen nyt, kun sosiaali- ja terveystalouksia uudistetaan. Mielenterveysasiakkaan ongelmat ovat usein moninaisia ja voimavarat ovat vähissä. Mikäli palveluiden saaminen on asiakkaan omasta aktiivisuudesta kiinni, tämä asiakasryhmä uhkaa jäädä väliinpuotoajaksi. Ajatus opinnäytetyöhön lähti omasta mielenkiinnostamme aiheeseen. Aiemmissa töissämme olemme molemmat kohdanneet ja hoitaneet mielenterveysasiakkaita.

Esitimme opinnäytetyön aiheen Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Iisalmen aikuispsykiatrian poliklinikalle, joka oli halukas ryhtymään opinnäytetyömme toimeksiantajaksi. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä vastaa sosiaali-, terveys-, ympäristö- ja terveystalouden palveluiden järjestämisestä Iisalmen ja Kiuruveden kaupungeille sekä Sonkajärven ja Vieremän kunnille. Iisalmen aikuispsykiatrian poliklinikka tarjoaa mielenterveys- ja päihdepalveluja 20–64-vuotiaille kuntalaisille. (Ylä-Savon SOTE kys.a.a.) Opinnäytetyön tarkoituksena on koota mielenterveysasiakkaiden kokemuksia somaattisen hoidon toteutumisesta sekä saada mahdollisia parannusehdotuksia hoidon järjestämiseen asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselynä, jossa toteutuu metodologinen triangulaatio. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehtoja kysymyksiä on mahdollista täydentää sanallisesti.

2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveyden häiriö on yleisnimi psykiatrisille häiriöille, jotka ilmenevät kärsimystä tai haittaa tuovina psyykkisinä oireina (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert ja Seuri 2017, 224). Tyypillisiä mielenterveyden häiriöitä ovat tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt, joiden taustalla voi olla psyykelle sietämättömiä tunnetiloja. Vaikeudet hallita näitä tunnetiloja voivat liittyä traumaattisiin muistoihin tai itsetuntoa alentavaan tapaan ajatella. (Huttunen 2015a.) Suomalaisista puolitoista prosenttia sairastuu vuosittain johonkin mielenterveyden häiriöön ja sairastavia on tällä hetkellä joka viides. Sairausten puhkeamisessa on yleensä kyse monen eri tekijän summasta, ja syntytapa on usein tuntematon. (Huttunen 2017; Vuorilehto, Larri, Kurki ja Hätönen 2014, 106.) Tämän opinnäytetyön teoriaosassa käsitellään yleisiä, kyselytutkimuksen kohderyhmällä esiintyviä mielenterveydenhäiriöitä.

2.1 Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen luokittelu

Mielenterveyden häiriöt pyritään erottamaan yksittäisiksi ilmiöiksi eli diagnooseiksi, jotka ovat tärkeitä tiedon välittämisessä ammattilaisten kesken sekä ammattilaisilta potilaille (Vuorilehto ym. 2014, 139–140). Suomessa on käytetty vuodesta 1996 alkaen ICD-luokitusta (International Classification of Diseases) mielenterveyden häiriöiden luokittelussa diagnooseiksi. Psykiatriset diagnoosiluokat jaotellaan kymmeneen pääluokkaan F00–F98. (Hämäläinen ym. 2017, 226.)

Tieteellisessä tutkimuksessa käytetään Amerikassa käytössä olevaa DSM5 diagnostista luokittelua. Henkilöllä voi olla useita diagnooseja yhtä aikaa ja diagnooseja voidaan myös muuttaa, kun saadaan uutta näkemystä häiriöstä. Aiheuttajaan perustuvia diagnooseja on vain muutamia. Tällaisesta esimerkkinä alkoholidelirium, jonka syntymekanismi tunnetaan niin hyvin, että se voidaan selkeästi erottaa muista mielenterveyden häiriöistä. (Vuorilehto ym. 2014, 140.)

2.2 Depressio

Depressio on kansanterveysongelma jota esiintyy perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. ICD-tautiluokituksessa depressio vastaa vakavaa masennustiladiagnoosia ja on eri asia kuin masennukseksi kutsuttu tunnetila. Diagnostisia oireita ovat jatkuva alakuloisuus, kiinnostuksen tai mielihyvän katoaminen ja poikkeuksellinen uupumus. Tavallisia oireita ovat myös unihäiriöt, keskittymisvaikeudet, muistiongelmien ja levottomuus. Henkilöllä voi esiintyä itsesyytöksiä sekä toistuvia kuolemaan ja itsemurhaan liittyviä ajatuksia. Diagnostisena kriteerinä ovat masennusjakson kestäminen vähintään kahden viikon ajan ja vähintään kahden diagnostisen oireen esiintyminen. (Vuorilehto ym. 2014, 142; Depressio: Käypä hoito -suositus 2016).

Väestötutkimuksen perusteella depressioon sairastuu vuosittain noin viisi prosenttia aikuisväestöstä. Sairastumisen taustalla voi olla perinnöllistä alttiutta, traumoja tai stressitekijöitä. Sairastumisalttiutta voivat lisätä persoonallisuuteen liittyvät ajattelu- tai toimintatavat, jotka altistavat ihmissuhdeongelmille tai puutteelliselle elämänhallinnalle. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016.) Masennukseen

sairastuneista 10–30 prosentilla on päihteiden väärinkäyttöä ja 30–60 prosentilla päihteiden väärinkäyttäjistä on masennusta. Tämä on haaste terveydenhuollossa varhaisen tunnistamisen kannalta. (Hämäläinen ym. 2017, 273.)

2.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö on sairaus, johon kuuluvat maanisten, depressiivisten ja sekamuotoisten jaksojen vaihtelut (Isometsä 2011, 194). Sairaudesta käytetään myös nimeä maanisdepressiivisyys, ja se voidaan jakaa kahteen alatyyppiin: I tyypin kaksisuuntainen mielialahäiriö sisältää manian ja masennuksen syklistä vaihtelua sekä sekamuotoisia jaksoja. Myös pelkät toistuvat maniajaksot ovat mahdollisia. II tyypin kaksisuuntainen mielialahäiriö tarkoittaa hypomaniaa eli lievääasteisen vauhdikkuuden ja masennuksen esiintymistä vuorotellen. (Hämäläinen ym. 2017, 270.)

Terveys 2000 -tutkimuksessa I tyypin kaksisuuntaisen mielialahäiriön elinaikaiseksi esiintyvyydeksi Suomessa on todettu 0,24 prosenttia, joka on enemmän muihin maihin verrattuna. Häiriön esiintyvyydessä ei ole merkittävää sukupuolieroja. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013.) Sairaus alkaa yleensä nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä ja perinnöllisen alttiuden merkitys sairastumisen kannalta on suuri. Periytyvyys eli heritabiliteetti vaihtelee 60 prosentista 90 prosenttiin eri tutkimusten mukaan. (Isometsä 2011, 194.)

2.4 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat yleisimmin nuorilla sekä nuorilla aikuisilla esiintyviä vakavia mielenterveydenhäiriöitä, ja ne voivat ilmetä myös psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymisenä. Miehillä syömishäiriöt ovat noin kymmenen kertaa harvinaisempia kuin naisilla. Syömishäiriöitä sairastavilla on keskimääräistä enemmän muitakin mielenterveyden häiriöitä, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta. Tarkkaa syytä syömishäiriön kehittymiselle ei tunneta, mutta laukaisevana tekijänä voi olla painoon kohdistuvasta kriittisestä kommentista alkunsa saanut raju laihduttaminen. (Suokas ja Rissanen 2011, 346.) Syömishäiriössä syöminen tai syömättömyys muodostuu elämän pääsisälöksi, ja se alkaa vaikuttaa arjessa selviämiseen sekä ihmissuhteisiin. Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat anoreksia eli laihuushäiriö ja bulimia eli ahmimishäiriö. (Vuorilehto ym. 2014, 163–166.)

Anoreksian oireilu alkaa usein pienestä painonpudotuksesta ja innostuksesta liikuntaa sekä terveellistä ravintoa kohtaan ja näistä kehittyä pakkomielle. Anoreksiassa paino on vähintään 15 prosenttia vähemmän normaalipainosta ja painoindeksi (BMI) on alle 16. (Vuorilehto ym. 2014, 165.) Bulimiasa keskeisin piirre on lihavuuden tai lihomisen pelko ja sairauden laukaisevana tekijänä on yleensä raju laihdutusyritys (Suokas ja Rissanen 2011, 356). Ahmimisesta ja laihduttamisesta tulee noidankehä sairastuneen yrittäessä hallita kehoaan (Vuorilehto ym. 2014, 165). Sairaus ei aina sovi täydellisesti näihin määritelmiin, jolloin sitä kutsutaan epätyypilliseksi laihuus- tai ahmimishäiriöksi, jossa on piirteitä joko anoreksiasta tai bulimiasta. Tavallisin epätyypillinen syömishäiriö on BED (*binge eating disorder*) eli ahmintahäiriö. (Suokas ja Rissanen 2011, 362.) Ortooreksia on epätyypillinen lai-

huushäiriö, johon kuuluu terveellisen ruokavalion pakkomielteinen noudattaminen (Vuorilehto ym. 2014, 163).

2.5 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä, joihin liittyy pelon kaltainen voimakas ja pitkäkestoinen tunnetila ilman ulkoista vaaraa tai uhkaa (Hämäläinen ym. 2017, 247). Ihmisen viireystilaa ylläpitävän säätelyjärjestelmän häiriintyessä ahdistuksesta tulee jatkuvaa, ylimitoitettua ja toimintakykyä haittaavaa. Säätelyjärjestelmän herkkyys voi olla ainakin osittain periytyvää, ja se voi olla lapsuudessa opittu selviytymiskeino. (Vuorilehto ym. 2014, 149–150.) Ahdistuneisuushäiriöt voivat ilmetä fyysisinä oireina, esimerkiksi sydänoireina tai vatsavaivoina, joiden vuoksi potilas hakeutuu vastaanotolle. Usein oireille ei löydy selittävää syytä. Potilas on hätäntynyt ja hänellä voi olla vakavan sairauden pelko. (Hämäläinen ym. 2017, 247–248.) Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä voi sairastua masennukseen ja häiriöön voi liittyä erilaisia pelkotiloja (Vuorilehto ym. 2014, 152).

Sosiaalisten tilanteiden pelko tai määräkohteiset pelot ovat yleisiä ahdistusta herättäviä ja välttämiskäyttäytymistä aiheuttavia häiriöitä (Hämäläinen ym. 2017, 247). Pelko voi ilmetä äänen pettämisenä tai käsien vapisemisena ja paniikkikohtaukseen johtavana ahdistuksena. Lievät pelkotilat sosiaalisissa tilanteissa ovat hyvin yleisiä, mutta elämää merkittävästi haittaavasta pelosta kärsii arviolta noin viisi prosenttia aikuisista. (Huttunen 2016.) Paniikkihäiriö on kohtauksina ilmenevä hyvin voimakas ahdistuskohtaus, johon liittyy monia fyysisiä oireita, esimerkiksi sydämentykytyksiä, hikoilua, tärinää ja rintakipua (Hämäläinen ym. 2017, 247). Ahdistuneisuushäiriöitä voidaan hoitaa altistusharjoituksilla, psykoterapialla sekä psyykelääkkeillä häiriön vaikeuden mukaan (Huttunen 2016).

Pakko-oireiset häiriöt liittyvät kaavamaisesti toistuviin toimintoihin ja pakonomaisiin ajatuksiin, jotka pääsääntöisesti liittyvät puhtauteen tai järjestykseen (Hämäläinen ym. 2017, 248). Yleisin pakkoajatus on kontaminaatiopelko eli pelko tautien tarttumisesta kätellessä tai esineitä kosketellessa. Tavallisimpia pakkotoimintoja ovat esimerkiksi toistuva käsien peseminen, asioiden tarkistaminen ja esineiden järjestely. (Huttunen 2017.) Somaattisista pakkoajatuksista kärsivä pelkää sairastavansa joltain vakavaa sairautta, esimerkiksi syöpää, ja tämä johtaa runsaaseen terveystalvelujen käyttöön. Yleisimmät pakko-oireiden alkamisajat ovat 10 vuoden iässä ja nuorella aikuisiällä. Pakko-oireisista häiriöistä kärsii elämänsä aikana noin kolme prosenttia väestöstä ja häiriötä ilmenee suvuittain. (Koponen 2011, 312–314.)

2.6 Skitsofrenia

Skitsofrenia on psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö, jonka tausta on monitekijäinen ja puutteellisesti tunnettu (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää ja Lönnqvist 2011, 70). Psykoosi tarkoittaa henkilön ajatus- ja havaintokyvyn vääristymistä. Käyttäytyminen ja puhe voivat olla hajanaisia ja vaikeasti ymmärrettäviä. Psykoottisia oireita ovat aistiharhat eli hallusinaatiot, harhaluulot eli deluusiot, käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöt sekä kognitiiviset puutokset. Henkilö voi kärsiä ahdistuneisuudesta, unihäiriöistä, pelkotiloista ja epäluuloista. Pidemmälle edenneessä sairaudessa

tunne-elämän latistuminen ja eristäytymistäipumus kuuluvat oirekuvaan. (Hämäläinen ym. 2017, 253–254.) Tyypillistä on häiriöiden ilmeneminen selvinä jaksoina, joiden välillä voi olla oireettomia tai vähäoireisia jaksoja. Osa skitsofreniaa sairastavista oireilee jossain määrin koko ajan, mutta pystyy kuitenkin ymmärtämään harha-aistimustensa epätodellisuuden. Osalla potilaista oireet ovat vakavia akuuttien vaiheiden välilläkin. Skitsofreniasta voi parantua täysin oireettomaksi, mutta näin käy vain pienelle osalle sairastuneista. (Vuorilehto ym. 2014, 169–170.)

Skitsofreniaan sairastuu noin joka sadas ihminen, yleensä nuorena aikuisena. Suurimmalla osalla sairastuneista on ilmennyt ennakko-oireita eli prodromaalioireita kuukausien tai jopa vuosien ajan ennen ensipsykoosin puhkeamista. Ennakko-oireet voivat olla epämääräisiä ja vaikeasti tunnistettavia. Oireet voidaan sekoittaa esimerkiksi depressioon, unihäiriöihin tai motivaation puutteeseen. (Vuorilehto ym. 2014, 169.) Miehet sairastuvat skitsofreniaan yleensä 20–28 -vuoden iässä, naiset keskimäärin muutamia vuosia vanhempana. Sairaus voi alkaa jo lapsuudessa, murros- tai keski-iässä, mutta tämä on harvinaisempaa. (Huttunen 2015c.)

3 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ JA SOMAATTISET SAIRAUDET

Psyykkiset ja fyysiset sairaudet liittyvät usein toisiinsa. Fyysinen sairaus voi aiheuttaa psyykkistä oireilua ja esimerkiksi laukaista vakavan masennuksen tai masennus voi laukaista esimerkiksi sydäninfarktin tai aivohalvauksen. Masennus ja ahdistus voivat olla seurausta fyysisen sairauden pelosta ja aiheuttaa fyysistä kipua, herkistää kivun tunteelle tai vahvistaa kipuun liittyviä kärsimyksen tunteita. Masennuspotilaan välittäjäaine serotoniinin ja noradrenaliinin pitoisuudet vähenevät ja tämä heikentää hermoratojen mahdollisuuksia säädellä kivun normaalia kokemusta. Kipukynnyksen madaltuessa kipua koetaan herkemmin. (Huttunen 2015b.)

3.1 Mielenterveysasiakkaan somaattinen sairastavuus

Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä asiakkailla esiintyy usein somaattiselle sairastamiselle altistavia terveydellisiä riskitekijöitä. Tällaisia ovat esimerkiksi liikunnan vähyys, tupakointi, ruokavalion yksipuolisuus ja ylipaino. (Ngo ym. 2013.) Nämä epäedulliset elintavat altistavat sydän- ja verisuonisairauksille, aineenvaihduntasairauksille ja syövälle. Sairastumisriskiä sydän- ja verisuonisairauksiin lisäävät metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Mielenterveysasiakkaiden suun terveys on usein huono. Syitä tähän ovat hygienian laiminlyönti, tupakointi ja epäterveellinen ruokavalio. Psykylläkkeiden, erityisesti trisyklisten masennuslääkkeiden, antikolienergiset vaikutukset kuivattavat suuta. Masennus- ja psykoosilääkitys sekä mielialantasaajat voivat lisätä kardiometabolisia (sydän- ja verisuonisairauksille altistava aineenvaihdunnan häiriötila) riskitekijöitä altistamalla ylipainolle ja heikentyneelle glukoositasapainolle. Masennuksen lääkehoito voi nostaa kipukynnystä ja vaikeuttaa somaattisen sairauden toteamista. (Koponen ja Lappalainen 2015.)

Psykylläkkeet voivat huonontaa fyysistä kuntoa, heikentää vastustuskykyä, aiheuttaa mahalaukun verenvuotoalttiutta tai lisätä hampaiden reikiintymistä ja tulehduksia. Joillain psykylläkkeillä on ruokahalua lisäävä vaikutus, ja ne voivat lihottaa sekä aiheuttaa voimattomuutta. Lääkkeiden aiheuttama huimaus voi altistaa kaatumisille ja lonkkamurtumille. Huomioitavaa on tupakoinnin psykylläkkeiden hajoamista nopeuttava vaikutus, esimerkiksi haloperidolin, olantsapiinin ja klotsapiinin kohdalla. Tupakointi altistaa vakaville sairauksille, joten tupakasta vieroitushoitoon tulisi panostaa enemmän. (Koponen ja Lappalainen 2015.) Muut lääkkeet, luontaistuotteet ja esimerkiksi greippi-mehu voivat vaikuttaa lääkkeiden metaboliaan eli aineenvaihduntaan. Tällöin lääkkeillä ei saada toivottua vastetta. (Huttunen 2015b.) Pitkäaikainen psykoosilääkkeiden, kuten klooripromatsiinin, käyttö suurina annoksina, voi aiheuttaa silmän verkkokalvon pigmenttisurkastumaa tai sarveiskalvon samentumaa (Koponen ja Lappalainen 2015).

Lääketieteen lisensiaatti Tuula Heiskasen väitöstutkimuksessa (2015) on todettu, että skitsofreniaa sairastavilla esiintyy muuta väestöä todennäköisemmin metabolisten oireyhtymää. Metabolisen oireyhtymän esiintyminen oli tutkimuksessa riippumaton ihmisen oireiston vakavuudesta, lääkityksestä tai sosioekonomisesta taustasta. Masennusta sairastavien masennustilaan liittyi suurentunut metabolisen oireyhtymän esiintyminen. Skitsofreniaa ja masennusta sairastavien sydän- ja verisuonisai-

rauksien riskitekijät tulisi tutkimuksen perusteella ottaa huomioon hoidon alusta asti ja niitä tulisi seurata säännöllisesti.

3.2 Somaattiset sairaudet

Somaattisista eli fyysisistä sairauksista otettiin tässä opinnäytetyössä esille yleisiä, suomalaisten kansansairauksiin kuuluvia sairauksia, joilla on merkitystä koko väestön terveydentilalle. Nämä sairaudet heikentävät ihmisten työkykyä, vaativat terveydenhuollon palveluja, lisäävät kuolleisuutta ja vaikuttavat kansantalouteen. Yhteistä näille sairauksille ovat usein samat riski- ja suojatekijät sekä elintapojen vaikutus. Maailman terveysjärjestö WHO:n vuosien 2013–2020 toimenpideohjelman mukaan tavoitteena on vähentää kroonisista kansantaudeista johtuvaa kuolleisuutta 25 prosenttia. (THL 2015b.)

3.2.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti eli *morbis cordis coronarius* (MCC) on ateroskleroosin eli valtimoseinämän kalkkeutuman ilmentyminen sydäntä ravitsevissa sepelvaltimoissa. Tauti ilmenee esimerkiksi sydänlihaksen kuoliona, sydäninfarktina ja angina pectoriksena eli rasisusrintakipuna sydämen kärsiessä hapenpuutteesta. Taudin kehittymiseen vaikuttavat elämäntavat, kuten tupakointi ja rasvojen käyttö sekä korkea verenpaine. (Ahonen ym. 2015, 207; THL 2015a.) Taudin diagnosoinnissa tehtäviä tutkimuksia ovat sydämen sähkökäyrä eli EKG sekä rasisuskoe. Usein EKG voi olla normaali, mutta rasisuskokeen aikana ilmenevä rintakipu sekä muutokset EKG:ssä viittaavat sepelvaltimotautiin. Jos oireet ovat vaikeat, tehdään lisätutkimuksena sydänlihaksen verenkierron isotooppitutkimus ja sepelvaltimoiden tietokonekuvaus tai varjoainokuvaus. (Kettunen 2016a.)

Lääkehoito aloitetaan pieniannoksisella asetyylisalisyylihapolla tai klopidogreelilla. Rintakipukohtauksiin käytetään nopeasti vaikuttavaa nitrovalmistetta tarpeen mukaan. Muiden oireiden estoon voi olla käytössä beetasalpaajat, pitkävaikutteiset nitraatit ja kalsiumkanavan salpaajat. Olennaista on valtimotaudin etenemistä ehkäisevät lääkkeet sekä verenpaineen ja diabeteksen tehokas hoito. (Kettunen 2016a.)

Sepelvaltimotauti on vähentynyt vuosikymmenten aikana kohentuneiden elintapojen sekä hoitojen kehittymisen myötä. Väestön ikääntymisen pelätään kuitenkin lisäävän sairastavuutta tulevaisuudessa. Eniten sepelvaltimotautia esiintyy Itä- ja Koillis-Suomessa. Tautiin kuolee vuosittain runsaat 12 000 suomalaista, josta miesten osuus on noin puolet. (THL 2015a.)

3.2.2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta tarkoittaa sydämen pumppaustoiminnan heikkenemistä, jonka taustalla yleensä on sepelvaltimo- ja verenpainetauti. Vajaatoiminnan syinä voivat olla synnynnäiset sydänvialat, hankitut läppäviat tai sydänlihassairaudet, mutta nämä ovat harvinaisempia. (Kettunen 2016b; THL 2015a.) Vajaatoiminnan yleisyys kasvaa iän myötä ja on harvinaista alle 50-vuotiailla, mutta yli 75-vuotiaista sitä sairastaa joka kymmenes (Kettunen 2016b).

Diagnoosi tehdään tyypillisten oireiden, sydänfilmin, sydämen röntgenkuvan ja sydämen kaikututkimuksen sekä laboratoriokokeiden perusteella. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa pyritään vaikuttamaan perussyhyhyn ja kohonnutta verenpainetta hoidetaan tehokkaasti. Usein hoito on lääkehoitoa, mutta joskus tarvitaan pallolaajennusta tai ohitusleikkausta. Läppävikä korjataan leikkaamalla. Tärkeimpiä lääkkeitä ovat nesteenpoistolääkkeet, ACE:n estäjät tai ATR:n salpaajat sekä beetasalpaajat. Lisäksi voidaan tarvita digoksiinia, nitraattia sekä veren hyytymistä estävää lääkitystä. Lääkehoidon ohella tärkeitä ovat terveet elämäntavat. (Kettunen 2016b.)

3.2.3 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöillä (AVH) tarkoitetaan aivotoiminnan häiriöön johtavia tajunnan heikkenemistä tai halvausoireita. Oireet johtuvat aivoverenkierron tilapäisestä tai pysyvästä heikkenemisestä tai aivoverenvuodosta. (THL 2015a.) Suomessa noin 80 prosenttia AVH-tapauksista on aivoinfarkteja ja alle 10 prosenttia lukinkalvon alaisia vuotoja. Loput ovat ohimeneviä TIA-kohtauksia, joista voi myöhemmin kehittyä aivoinfarkti. Riskitekijöinä ovat kohonnut verenpaine, tupakointi, keskivartalolihavuus, diabetes, eteisvärinä ja dyslipidemia eli rasva-aineenvaihdunnan häiriö, joita hoitamalla suurin osa aivoinfarkteista on ehkäistävissä. (Ahonen ym. 2015, 353.)

AVH-diagnoosi varmistetaan pään TT-kuvauksella eli tietokonetomografialla ja mahdollisesti magneettikuvauksella sekä likvori- eli aivoselkäydinnestetestillä. Lisäksi potilaalta otetaan verikokeita ja thoraxröntgen eli keuhkojen röntgenkuva sekä mahdollisesti EKG ja sydämen kaikututkimus. Aivoinfarktin liuotushoito aloitetaan viivyttelämättä, kun aivoverenvuoto on suljettu pois ja oireiden alusta on alle 4,5 tuntia. Myös trombektomia eli tukoksen mekaaninen poisto on mahdollinen hoitomuoto. Akuuttihoitoon jälkeen potilaat tarvitsevat moniammatillista hoitoa ja kuntoutusta. (Ahonen ym. 2015, 356–359.)

3.2.4 Diabetes

Diabeteksessa on keskeistä plasman glukoosipitoisuuden suurentuminen insuliinin puutteen, sen heikentyneen vaikutuksen eli insuliiniresistenssin tai molempien yhteisvaikutuksesta. Tyypin 2 diabeteksella tarkoitetaan yleensä aikuisiällä (yli 35-vuotiaana) todettua diabetesta, jossa henkilö selviää ilman insuliinia eikä virtsassa tai plasmassa ole todettavissa ketoaineita. Hyperglykemian aiheuttamien elinmuutosten ehkäisemiseksi insuliinihoito on kuitenkin usein tarpeellinen. Tyypin 2 diabeteksen diagnostiset kriteerit ovat plasman suurentunut glukoosipitoisuus, paastoarvossa (vähintään kahdeksan tunnin ravinnotta olo) yli 7 millimoolia litrassa tai kahden tunnin arvo glukoosirasituskokeessa yli 11 millimoolia litrassa. Mikäli henkilö on oireeton, mittaustulos tulee todeta vähintään kaksi kertaa. (Yki-Järvinen ja Tuomi 2016.)

Tyypin 2 diabeteksen oireita voivat olla väsymys, vetämättömyys ruokailujen jälkeen, masennus ja ärtyisyys, jalkasäryt, tulehdusherkkyyys ja näön heikkeneminen. Usein sairaus kuitenkin kehittyy hitaasti jopa vuosien kuluessa, on pitkään vähäoireinen tai oireeton ja se todetaan sattumalöydöksenä. Yli 500 000 suomalaista sairastaa diabetesta ja heistä 75–80 prosenttia tyypin 2 diabetesta. Sai-

raus on hieman yleisempi miehillä kuin naisilla. Tärkein tyypin 2 diabeteksen riskitekijä on ylipaino. Sairautta voidaan ennaltaehkäistä tai sen puhkeamista viivyttää elintapamuutoksilla. Tärkeimpinä ovat painonhallinta, liikunnan lisääminen, terveellinen ruokavalio, tupakoimattomuus ja alkoholinkäytön välttäminen. (Ahonen ym. 2012, 559–576; Diabetes: Käypä hoito -suositus 2016.)

Tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteena on ehkäistä siitä johtuvia komplikaatioita ja parantaa sairastuneen elämänlaatua. Komplikaatioista tärkein on ateroskleroosi eli valtimotauti, joka voi ilmetä alaraajojen tai aivojen valtimotautina, muiden suurten suonten tautina, kuten aivoinfarktina tai sepelvaltimotautina. Pitkäaikainen hyperglykemia puolestaan aiheuttaa retinopatiaa eli silmänpohjan verkkokalvon muutoksia, nefropatiaa eli munuaissairautta ja neuropatiaa eli ääreishermoston häiriötä. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa päävastuu on sairastuneella itsellään. Hoidon kulmakivi on plasman glukoosipitoisuuden omaseuranta. Hoidon ohjauksen tavoitteena on antaa diabetekseen sairastuneelle riittävät tiedot ja taidot omahoidon onnistumiseen. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa käytetään ruokavaliohoitoa, tablettilääkehoitoa ja insuliinihoitoa. Diabetesta sairastava tarvitsee säännöllisen seurannan terveydenhuollossa. Seurantakäynnit sovitetaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Usein tuen tarve on suurempi sairastumisen alussa. Hoidon ollessa tasapainossa seuranta voidaan toteuttaa 6–12 kuukauden välein. (Ahonen ym. 2012, 559–576; Diabetes: Käypä hoito -suositus 2016.)

3.2.5 Metabolinen oireyhtymä

Metabolinen oireyhtymä (MBO) on vakiintunut käsitteeksi kasaumalle riskitekijöitä, jotka lisäävät henkilön riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin 2–3 kertaiseksi sekä tyypin 2 diabetekseen jopa viisinkertaiseksi. Metaboliselle oireyhtymälle on tyypillistä lihavuus, erityisesti keskivartalolihavuus, insuliiniresistenssi, veren kohonnut glukoosipitoisuus, dyslipidemia ja kohonnut verenpaine. Metabolinen oireyhtymä voidaan todeta, kun henkilöllä todetaan suurentunut vyötärön ympärys, miehillä suurempi kuin 94 cm ja naisilla suurempi kuin 80 cm ja sen lisäksi kaksi seuraavista: triglyseridipitoisuus yli 1,70 millimoolia litrassa, HDL-kolesterolipitoisuus alle 1,03 millimoolia litrassa miehillä ja alle 1,29 millimoolia litrassa naisilla, verenpaine suurempi kuin 130/85 tai paastoverensokeri suurempi kuin 5,6 millimoolia litrassa tai näiden hoitoon tarkoitettu lääkitys. Oireyhtymään liittyy maksakirroosin riskiä lisäävä maksan ei-alkoholipitoinen rasvoittuminen. (Ahonen ym. 2012, 204–205; Virkamäki ja Niskanen 2010; Syväne 2016.)

Metabolisen oireyhtymän tunnistaminen ja hoidon aloittaminen varhain on tärkeää, koska sen avulla voidaan ehkäistä henkilön sairastumista sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tyypin 2 diabetekseen. Metabolisen oireyhtymän ehkäisyn ja hoidon perustana ovat elintapamuutokset. Keskeistä on painon pudottaminen, koska sillä on myönteisiä vaikutuksia kaikkiin oireyhtymän osatekijöihin ja liitännäissairauksiin. Terveellisellä ruokavaliolla ja säännöllisellä liikunnalla tuetaan painonhallintaa ja parannetaan merkittävästi metabolisen oireyhtymän osatekijöitä. Usein hoitoon kuuluu eri riskitekijöiden hoidosta koostuva lääkehoito. (Ahonen ym. 2012, 204–205; Virkamäki ja Niskanen 2010; Syväne 2016.)

3.2.6 Veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöt

Veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöillä eli dyslipidemioilla tarkoitetaan tilannetta jossa seerumin kokonais- tai LDL-kolesteroli- tai triglyseridipitoisuus on suurentunut tai HDL-kolesterolipitoisuus on pieni tai näiden yhdistelmää. Kolesterolin elimistölle välttämätön rasva-aine, mutta sen liiallinen saanti ravinnosta on haitallista ja voi johtaa dyslipidemioihin. Dyslipidemat puolestaan ovat merkittävä valtimotaudin eli ateroskleroosin riskitekijä. Ateroskleroosissa verta kuljettavat valtimot ahtautuvat ja aiheuttavat siten sepelvaltimosairauksia, aivovaltimosairauksia, suurten valtimoiden kuten aortan sairauksia sekä ääreisvaltimoiden sairauksia. (Dyslipidemat: Käypä hoito -suositus 2013.)

Dyslipidemioiden hoidossa pyritään kolesterolipitoisuuksien suositusarvoihin. Tavoitteena on kokonaiskolesterolipitoisuus alle 5,0 millimoolia litrassa, LDL-kolesterolipitoisuus alle 3,0 millimoolia litrassa, triglyseridipitoisuus alle 2,0 millimoolia litrassa ja HDL-kolesterolipitoisuus yli 1,0 millimoolia litrassa. Suuren riskin potilailla, kuten jo valtimotautiin sairastuneilla, rajat ovat näitä tiukemmat. Dyslipidemioiden hoidon perustana ovat elintapamuutokset, jotka voivat korjata kolesteroliarvot suositusten mukaisiksi. Ruokavalionmuutoksessa keskeisintä on huomioida rasvan laatu. Kova eli tyydyttynyt rasva tulee korvata pehmeällä eli tyydyttymättömällä rasvalla, lisäksi liikunta ja tupakoimattomuus parantavat kolesteroliarvoja. Mikäli elintapamuutoksilla ei saada riittävää vastetta saatetaan kokonaisriski arvioiden tarvida lääkehoitoa. Peruskolesterolilääkkeenä käytetään statiineja. (Ahonen ym. 2012, 188–189.)

3.3 Somaattisen avun hakeminen ja omahoito

Mielenterveysasiakkaan somaattisen avun hakemiseen voi vaikuttaa häpeäleima eli stigma. Henkilö voi kokea, että hänet suljetaan yhteisön ulkopuolelle ja pahimmillaan leimaaminen voi olla syrjintää. Leimaamisen syynä on usein tietämättömyys, ennakkoluulot ja kielteiset asenteet mielenterveysongelmista kärsivää kohtaan. Hyväksyvää ja kaikkia kunnioittavaa asennetta voidaan parantaa koulutuksella ja tiedon lisäämisellä. Ihminen voi leimata itse itsensä ja salata ongelmansa läheisiltäänkin. (Vuorilehto ym. 2014, 16.) Fyysinen oireilu voi jäädä tutkimatta, koska oireet voidaan tulkita psyykkisperäisiksi tai psyykenlääkkeiden aiheuttamiksi haittavaikutuksiksi (Huttunen 2015b).

Pitkäaikaissairaudet kehittyvät usein vähitellen ja sairauden kulku voi olla aaltomaista. Sairauden alkuvaiheessa tarvitaan tiheää seurantaa, tilannearvioita ja hoitoa, jossa voi syntyä pitkäaikainen vuorovaikutussuhde ammattihenkilöiden kanssa. (Routasalo ja Pitkälä 2009.) Olennainen osa somaattisen sairauden hoitoa on omahoito, jolla tarkoitetaan potilaan aktiivisia elintapamuutoksia ja halua panostaa oman hyvinvointinsa parantamiseen. Onnistunut omahoito vähentää terveyspalvelujen tarvetta. (Ahonen ym. 2015, 36.) Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tarkkailla potilaan omahoitovalmiuksia (Routasalo ja Pitkälä 2009). Omahoitovalmennuksella tuetaan potilaan autonomiaa ja pystyvyyden tunnetta. Tavoitteena on voimaantuminen, joka auttaa potilasta tunnistamaan omia tarpeitaan, ratkaisemaan terveysongelmiaan sekä ottamaan vastuuta elintavoistaan. (Routasalo ja Pitkälä 2009.)

4 TERVEYSPALVELUT JA VALINNANVAPAAUS YLÄ-SAVON SOTE KUNTAYHTYMÄN ALUEELLA

Kaikilla kansalaisilla on oikeus riittäviin, kunnan järjestämiin ja rahoittamiin terveyspalveluihin. Terveyspalvelut jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon palveluita ovat kunnan terveyskeskuksissa tarjottavat terveydentilan seuranta ja terveyden edistäminen. Erikoissairaanhoidon ovat pääasiassa sairaaloissa järjestettävät erikoisalojen mukaiset tutkimukset ja hoidot. Työterveyshuolto on työnantajien järjestämää ehkäisevää terveydenhuoltoa. Lisäksi työnantajat voivat järjestää työntekijöille sairaanhoidon palveluja. Kunnallisia terveyspalveluja täydennetään yksityisillä palveluilla. (STM s.a.) Iisalmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän alueella toimiva Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä järjestää asukkaille terveys-, hyvinvointi-, hoito- ja hoivapalveluja terveyskeskuksissa, Iisalmen sairaalassa, kouluissa sekä liikkuvina hyvinvointipalveluina. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

4.1 Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän terveyspalvelut

Iisalmen sairaalassa toimii ensiapuluonteinen päivystys, joka on tarkoitettu kiireellistä hoitoa vaativille tilanteille. Päivystysasioita ovat esimerkiksi rintakipu, hengenahdistus, vuotavat haavat, murtumat tai tuoreet neurologiset ongelmat. Käytössä on ympärivuorokautinen puhelinneuvonta, jossa sairaanhoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin sekä neuvoa ja ohjaa potilaita. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Kotisairaala hoitaa potilaita Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella kotikäynneillä tai potilas voi käydä poliklinisesti saamassa esimerkiksi suonensisäisen lääkkeen vastaanotolla. Perustehtävänä on korvata osastohoitoa kotona tai hoitolaitoksissa asuville. Kotisairaala hoitaa esimerkiksi infektio- ja saattohoitoa sekä nestehoitoa vaativia potilaita. Kotisairaalassa työskentelee kaksi sairaanhoitajaa ja lääkäri. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Terveyskeskuksissa toimii arkisin akuuttivastaanotto Enska eli ensikäynti ilman ajanvarausta. Ensassa akuuttihoitaja tekee hoidon tarpeen arvion ja ohjaa tarvittaessa akuuttilääkärille. Arkisin terveyskeskuksissa on ajanvarauksella toimiva sairaanhoitajan vastaanotto, jossa saa ohjausta ja neuvontaa, ja tarvittaessa hoitaja varaa ajan lääkärin vastaanotolle. Vastaanotolla voidaan tehdä haavahoitoja, korvien huuhteluja, antaa rokotteita ja injektioita sekä toteuttaa pitkäaikaissairauksien seuranta. Ajan voi varata puhelimitse tai internetissä. Neuvontaa voidaan toteuttaa myös puhelimitse, jolloin vastaanotolle ei tarvitse tulla. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Terveyskeskuksissa on kuntalaisten käytössä olevat omahoitopisteet, joiden tarkoituksena on antaa tukea asiakkaan omahoitoon. Omahoitopisteiltä saa tietoa ja niissä voi esimerkiksi käydä mittaamassa verenpainetta. Liikkuvana palveluna kuntayhtymän alueella toimii Hyvinvointi Ote, joka tarjoaa matalan kynnyksen omaehtoista ja terveyttä edistävää julkista hyvinvointipalvelua ilman ajanvarausmaksuttomasti ja myös nimettömänä. Saatavilla on apua sähköisen asioinnin käyttöön, tietoa sosiaali- ja terveyspalveluista sekä pienimuotoisia terveystestejä. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Iisalmen terveyskeskuksessa toimii ajanvarauksella diabetesvastaanotto, jossa saa yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa sekä omahoidon ohjausta. Sydänhoitajan vastaanotolla saa ohjausta ja neuvontaa sepelvaltimoiden pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen jälkeen. Tarpeen mukaan kokoontuu Tulppa-ryhmä, jossa saa lisätietoa sepelvaltimotaudista lääkäriltä, sydänhoitajalta ja diabeteshoitajalta. Hygieniahoitajalta saa tietoa yleisvaarallisista tartuntataudeista, hygieniaohtauksesta sekä ruokamyrkytyksestä. Iisalmen sairaalassa sijaitsee ravitsemusterapeutin vastaanotto, jossa saa ohjausta esimerkiksi syömishäiriöiden, keliakian, suolistosairauksien, munuaissairauksien, vajaaravitsemuksen, vaikean lihavuuden tai erikoisruokavaliota vaativan sairauden vuoksi. Erillisiä vastaanottopäiviä on myös Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän terveyskeskuksissa. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Erikoislääkärit toimivat erikoisalojen poliklinikoilla, joita ovat hematologian, ihotautilien, kirurgian, korva-, nenä- ja kurkkutautien, lastentautien, neurologian, silmätautilien, sisätautilien ja äitiys- ja naistentautien poliklinikat. Hammashoitoloissa Iisalmessa, Kiuruvedellä, Sonkajärvellä ja Vieremällä hoidetaan perushammashoitoon kuuluvat tarkastukset, tutkimukset, sairauksien hoito sekä yksilöllinen ehkäisevä hoito ja neuvonta. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Laboratoriopalveluja lääkärin tai hoitajan läheteellä tarjotaan Iisalmessa, Kiuruvedellä, Sonkajärvellä ja Vieremällä. Tutkimuksiin voi myös varata ajan soittamalla tai internetin kautta. Tuloksia voi tiedustella lähettäneestä yksiköstä ja ne ovat myöhemmin nähtävissä Omakanta-palvelussa. Röntgenpalveluja on Iisalmessa ja Kiuruvedellä seuraavasti: natiiviröntgen (Iisalmi ja Kiuruvesi), hammaskuvaukset (Kiuruvesi), mammografia, tietokonetomografia, magneettitutkimukset ja radiologiset toimenpiteet (Iisalmi). (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Fysioterapia- ja toimintateriapalvelut auttavat selvittämään toimintakyvyn ongelmia sekä antavat ohjausta ja neuvontaa kuntouttavassa fyysisessä harjoittelussa erilaisissa tilanteissa oleville potilaille, edistään terveyttä, liikkumista ja toimintakykyä. Kuntoutuksessa korostuvat asiakkaan oma aktiivisuus ja omaehtoisuus sekä läheisten tuki. Kuntoutus voi olla esteettömyyden helpottamista erilaisin apuvälinein, asunnon muutostöin sekä arkitoimintojen tai psykososiaalisten taitojen harjoittelun kautta. Näihin terapiapalveluihin tarvitaan lääkärin lähete. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Moniammatillista apua mielenterveys- ja päihdeongelmiin saa puhelimitse ympärivuorokautisesta ohjanta- ja neuvontapuhelimesta, avohoidon mielenterveys- ja päihdevastaanotoilta, mielenterveys- ja päihdeosastoilta, selviämisasemalta, kuntoutusyksiköistä, psykiatrisesta kotikuntoutuksesta sekä erilaisista kuntouttavista toiminnoista (päivä- ja työtoiminta sekä kuntouttava asuminen). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden painopisteinä ovat ennaltaehkäisy ja varhainen avun saaminen. Äkillisissä mielenterveys- ja päihdeongelmissa voi ottaa yhteyttä akuuttityöryhmään ympäri vuorokauden. Alkuarvion jälkeen avun tarvitsija ohjataan sopivalle hoitotaholle. Lapsille ja nuorille sekä aikuisille ja ikäihmisille on omat psykiatrian poliklinikat, joissa tutkitaan ja hoidetaan asiakkaita moniammatillisissa tiimeissä. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Ylä-savon SOTE kuntayhtymällä on Iisalmen sairaalassa operatiivinen-, sisätauti- ja dialyysiosasto. Iisalmen ja Kiuruveden terveyskeskuksissa on molemmissa yksi vuodeosasto. Iisalmen sairaalassa

toimii leikkaus- ja päiväkirurgian osasto, joka tarjoaa leikkaus ja anestesiapalveluja Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän jäsenkunnille sekä sopimuskunnille. Erikoisaloja ovat ortopedia, yleiskirurgia, urologia, gynekologia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä silmätaudit (kaihileikkaukset). (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Lakisääteisiä työterveyspalveluita Pohjois-Savon maakunnan alueella tuottaa 1.1.2017 perustettu Terveyspalvelu Verso, jolla on toimipisteitä 16 paikkakunnalla. Terveyspalvelu Verson pääomistajana on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Lakisääteisten palvelujen lisäksi työntekijä voi ostaa työterveyspainotteista, yleislääkäritasoisista sairaanhoitopalvelua, jonka sisältö ja laajuus neuvotellaan sopimusta tehdessä. Sairaanhoidossa huomioidaan erityisesti työkykyä haittaavat tekijät ja pyritään nopeuttamaan työhön paluuta kuntoutustoimenpiteillä. Työterveyspalvelu Verson palveluita voi ostaa myös yksityishenkilönä, jolloin lasku kohdistuu suoraan asiakkaalle. (Työterveyspalvelu Verso 2016.)

4.2 Valinnanvapaus

Asiakkailla on nykyisen palvelujärjestelmän puitteissa mahdollisuus käyttää rajatusti valinnanvapautaan terveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän selvityksen mukaan valinnanvapauden toteutumisen edellytykset ovat Suomessa ja Euroopassa vielä heikot. Kaikilla alueilla ei ole vaihtoehtoja joista voisi valita. Kuntien ja palvelun tuottajien kannustimet asiakkaiden ohjaukseen ovat puutteelliset ja tavoitteet eivät ole selkeät. Asiakkailla ei ole riittävästi tietoa ja palveluntuottajan vaihtaminen on asiakkaalle hankalaa. (THL 2017a.)

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee perustuslakivaliokunnan lausunto huomioiden uutta esitystä valinnanvapauslaiksi. Lakiluonnos on tarkoitus lähettää lausuntokierrokselle marraskuussa 2017. Keskeistä uudessa esityksessä on poistaa yhtiöittämisvelvoite maakunnilta, siirtää valinnanvapauskokeilun asteittainen voimaantulo vuoteen 2020, poistaa julkisten hallintotehtävien siirtäminen viranomaisilta ja tarkentaa valinnanvapauden pilotointia. (THL 2017a.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt palvelusetelikokeilun, jonka tavoitteena on taloudellisesti tarkoituksenmukainen ja asiakkaille yhdenvertaisen hoitoon pääsyn mahdollistava valinnanvapausmalli. Palvelujen valinnan mahdollisuuden myötä kannustetaan tuottajia kehittämään palvelujaan. Syksyllä 2016 valittiin palvelusetelikokeiluun osallistuvat kokeilualueen ja -hankkeet, joiden mukana on myös Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Palvelusetelikokeilu on osa hallituksen Palvelut asiakaslähtöiseksi – kärkihanketta. Kokeilun arvioinnissa käytetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatimaa arviointikehikkoa. (THL 2017a.)

Tammikuussa 2017 alkoi Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman valinnanvapauskokeilu, jossa asiakas voi valita yleislääkäritasoisien hoidon ja tutkimukset (laboratorio ja röntgen) sekä fysio-, jalka- ja ravitsemusterapian joko yksityiseltä tai kunnalliselta palvelun tuottajalta. Iisalmessa ja Vieremällä yksityisiä palveluja tarjoaa Suomen Terveystalo Oy, Kiuruvedellä Kunnanlääkärit Kiuruvesi Oy ja Sonkajärvellä Kunnanlääkärit Sonkajärvi Oy. Valinnan

voi tehdä sähköisesti, paperisella lomakkeella, käymällä uudessa toimipaikassa tai puhelimitse. Valintaa voi muuttaa kerran kuukaudessa. Asiakasmaksujen suuruus on sama julkisella ja yksityisellä palvelun tuottajalla. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c.)

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän terveystalouteen, eikä valinnanvapautta otettu esille kyselyssä. Valinnanvapaus on ollut käytössä vasta vähän aikaa eikä asiakkailla ole siitä välttämättä vielä paljon kokemusta. Sen lisääminen kyselyyn olisi saattanut tehdä kyselystä vaikeaselkoisemman, joten se päätettiin jättää kokonaan pois.

5 HOIDON LAATU

Laadulla tarkoitetaan tuotteen tai palvelun kykyä vastata sille asetettuihin vaatimuksiin ja täyttää siihen kohdistuvat odotukset. Hoidon hyvä laatu tarkoittaa tarpeiden mukaista hoitoa oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja perustuu parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön. Hoidon laatua ovat potilasturvallisuus, kuten hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus ja ammatillinen osaaminen, kuten kliininen osaaminen, arvot, etiikka ja taito kohdata asiakas. Hoidon laatuun kuuluvat myös hoidon vaikuttavuus sekä tuottavuus ja tehokkuus suhteessa kustannuksiin. (Pekurinen, Räikkönen ja Leinonen 2008.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään asiakkaan kokemukseen saadusta hoidon laadusta.

5.1 Asiakslähtöisyys

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) mukaan hoidossa tulee huomioida potilaan itsemääräämisoikeus ja hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Asiakslähtöisessä hoitotyössä ihminen on itse terveydentilansa ja siinä tapahtuneiden muutosten asiantuntija. Asiakkaalle tulee antaa riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, jotta hän pystyy osallistumaan hoitonsa suunnitteluun. Asiakslähtöinen hoitotyö sisältää ihmisen kohtaamisen persoonana ja kohtelun yksilönä. Hoitosuhteen perustana on vuorovaikutus potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Siihen liittyvät vakaumuksen, yksilöllisten tarpeiden ja kulttuurin huomioon ottaminen hoidossa ja kohtelussa. (Koivuranta-Vaara ym. 2011; Noppari, Kiiltomäki ja Pesonen 2007, 33; Tuorila s.a., 35.)

Asiakslähtöinen toimintaperiaate tarkoittaa sitä, että potilas voi omilla valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttaa omaan terveyteensä. Hoitoa suunniteltaessa otetaan huomioon potilaan omat toiveet ja näkemys hoidon tarpeesta. Asiakslähtöisessä hoitotyössä potilaan toiveisiin ja odotuksiin pyritään vastaamaan ja häntä kannustetaan osallistumaan omaan hoitoonsa. Tieto lisää asiakkaan sitoutumista omahoitoon ja hoito-ohjeiden, kuten lääkehoidon, noudattamiseen. Asiakslähtöisyyteen kuuluu lisäksi potilaan riittävä ohjeistus terveydenhuollossa. Asiakslähtöisyyttä on myös potilaan oman näkemyksen kuuleminen hoidon vaikuttavuudesta. (Koivuranta-Vaara ym. 2011.)

5.2 Hoidon saatavuus

Hoidon saatavuudella tarkoitetaan hoidon saamista tasa-arvoisesti riippumatta maantieteellisestä sijainnista tai henkilöön liittyvistä tekijöistä, kuten sosioekonomisesta asemasta. Hoidon tulee olla oikea-aikaista ja esimerkiksi kiireellinen hoito järjestetään viiveettä kaikille. Hoidon saatavuus on hyvä silloin kun se on saatavilla tarvittaessa, kohtuullisen nopeasti, vaivattomasti ja edullisesti. (Kotisaari ja Kukkola 2012, 20; Pekurinen ym. 2008.)

Terveydenhuoltolaissa (2010) määritellään hoitoon pääsyn lakisääteiset raamit. Arkipäivisin virka-aikaan asiakkaan tulee saada välitön yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä viimeistään kolmantena arkipäivänä ensimmäisestä yhteydenotosta. Tämän yhteydessä tarpeelliseksi todettu hoito tulee aloittaa kohtuullisessa

ajassa, viimeistään kolmen kuukauden kuluessa. Erikoissairaanhoidon asiakkaan tulee päästä samoin kohtuullisessa ajassa, viimeistään kuuden kuukauden sisällä hoidon tarpeen toteamisesta.

5.3 Tiedonsaantioikeus ja hoitoon osallistuminen

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön liittyy tiedon saatavuus terveyspalveluista. Saamansa tiedon perusteella asiakas ohjautuu oikeiden terveyspalvelujen piiriin oikea-aikaisesti. Asiakkaalla on oikeus tarkastaa häntä koskevat potilasasiakirjat. Tiedonsaantiin kuuluu oikeus saada tietoa mahdollisen palautteen antamisesta. Tiedonkulkuun liittyy hoidon kannalta oleellisen tiedon siirtyminen hoitoyksiköiden välillä hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. (Koivuranta-Vaara ym. 2011.)

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) mukaan asiakkaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista, hoidon vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista sekä kaikista muista hoidon kannalta merkityksellistä seikoista. Tietoja ei kuitenkaan tule antaa, mikäli on ilmeistä, että tiedot voivat aiheuttaa asiakkaalle vakavaa vaaraa. Terveystieteiden ammattihenkilön on varmistettava, että asiakas ymmärtää riittävän hyvin saamansa tiedon sisällön. Tarvittaessa on käytettävä tulkkausta. Tietojen antaminen tulee merkitä potilasasiakirjoihin. Asiakirjoihin tulee merkitä syy, mikäli tietoja ei ole annettu asiakkaalle. Asiakkaalla on oikeus tarkastaa, mitä hänestä on kirjattu ja pyytää virheellisten tietojen korjausta.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) säädetään, että terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Ajantasainen ja asianmukainen hoitosuunnitelma varmistaa potilaan kokonaisvaltaisen ja laadukkaan hoidon (Valvira 2015). Riittävä tiedonsaanti on edellytys potilaan osallistumiselle hoitosuunnitelmansa laadintaan. Hoitosuunnitelmaan kootaan potilaan esille tuomat ja olemassa olevat terveysongelmat sekä hänen kokemansa hoidon tarve ja hoidolle asettamansa tavoite. Hoitosuunnitelman mukaisesti kaikki hoitoon osallistuvat tahot pystyvät toimimaan tavoitteellisesti. (Koivuranta-Vaara ym. 2011.) Tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairautta sairastavat potilaat joilla oli olemassa hoitosuunnitelma, olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon, kuin ne joilla suunnitelmaa ei ollut (Vehko, Aalto, Sainio ja Sinervo 2016).

5.4 Tiedon siirto hoitotahojen välillä

Asiakkaan tietojen ajantasaisuus ja siirto eri organisaatioiden välillä ovat keskeisiä potilasturvallisuuden kannalta. Sujuva tiedonsiirto auttaa terveydenhuollon ammattilaisia laadukkaassa työssä ja päätöksenteossa. Työssään tietojärjestelmiä käyttävät ammattilaiset ovat ratkaisevassa asemassa tiedonsiirron toimivuuden kannalta. Hyvällä tiedonsiirrolla saadaan säästöjä välttämällä päällekkäisiä tutkimuksia. (Heiro ja Raitoharju 2009.)

Sähköiset tietojärjestelmät edistävät tiedon kulkua eri hoitotahojen välillä. Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä (2007) määritellään yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, jolla pyritään edistämään potilasturvallisuutta sekä tiedon-

saantimahdollisuuksia. Tietoja voidaan luovuttaa hoitotahojen välillä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon järjestämiseksi ja toteuttamiseksi pääasiassa potilaan suostumuksella. Tietojen sähköinen luovutus edellyttää olemassa olevaa hoitosuhdetta ja luovutuspyynnön esittäjän tietoteknistä varmistusta.

5.5 Ammatillinen osaaminen

Hyvän hoidon perustana on henkilökunnan ammattitaito, koulutus ja kokemus (Kotisaari ja Kukkola, 2012, 13). Lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) edistetään terveystalouden laatua ja potilasturvallisuutta. Sillä varmistetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä osaaminen ja muut ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet. Laki määrittelee lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön yleisiä velvollisuuksia, kuten ammattieettiset velvollisuudet sekä velvollisuuden täydennyskoulutuksiin ja jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen. Terveydenhuollon toiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen sekä kärsimysten lievittäminen. Huomioitavaa kaikessa terveydenhuollon toiminnassa on potilaalle koituvat hyöty ja mahdollinen haitta.

Erikssonin, Korhosen, Meraston ja Moision (2015, 24) mukaan sairaanhoitajan kliinistä osaamista on potilaan päivittäisestä hyvinvoinnista huolehtiminen, hoiva ja huolenpito. Siihen kuuluvat anatomian ja fysiologian, patofysiologian, farmakologian ja ravitsemustieteen hallitseminen sekä keskeisten elintoimintojen tarkkailu ja ylläpitäminen. Lääke- ja kivunhoito sekä aseptiikka ja haavanhoito ovat osa kliinistä osaamista. Keskeistä on sosiaali- ja terveystalouden rakenteiden hallinta hoidon sujuvuuden varmistamiseksi. Terveydenhuoltolaissa (2010) veloitetaan, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Laissa korostetaan yhteistyötä eri toimijoiden ja ammattiryhmien kesken.

Ammattitaitoa ovat hyvät vuorovaikutustaidot ja eettinen osaaminen. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) varmistetaan kaikille Suomessa pysyvästi asuville henkilöille oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Laki velvoittaa antamaan potilaalle, mahdollisuuksien mukaan, yksilöllistä ja vakaumuksen huomioon ottavaa hoitoa ja kohtelua. Asiakkaan hyvään kohtaamiseen ja kohteluun kuuluvat aito välittäminen ja auttamisen halu. Se on ihmisen kohtaamista yksilönä sekä kohtaamisen ainutkertaisuuden huomioimista. (Noppari ym. 2007, 33.) Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) mukaan tehtävien hoitaminen edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöitä riittävää kielitaitoa. Ammattilaisten tehtävänä on lisätä tietämystä sekä mielenterveysongelmista kärsivän ihmisen uskoa itseensä (Vuorilehto ym. 2014, 16). Mielenterveysasiakkaiden fyysiset sairaudet ovat usein alihoidettuja. Palvelujärjestelmissä voi olla vaikeutta kohdata mielenterveysasiakas ja tunnistaa hänen somaattisia sairauksiaan. (Huttunen 2015b.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada kokemukseräistä tietoa Iisalmen aikuispsykiatrian poliklinikan asiakkaiden somaattisen terveydenhuollon palveluiden toteutumisesta. Tavoitteena on selvittää mielenterveysasiakkaiden kokemuksia mitkä palvelut toimivat hyvin sekä tuottaa tietoa kuinka palvelujen saatavuutta ja laatua voidaan mahdollisesti parantaa.

Opinnäytetyötä ohjaavat seuraavat kysymykset:

1. Miten somaattisen hoidon saatavuus ja laatu toteutuvat mielenterveysasiakkaan kokemana?
2. Mitkä asiat somaattisessa hoidossa toteutuvat hyvin ja missä olisi parannettavaa?
3. Millä keinoilla somaattista hoitoa voidaan mahdollisesti parantaa?

Opinnäytetyöntekijöiden henkilökohtaisina tavoitteina on saada kokemusta objektiivisen tutkimuksen tekemisestä, luotettavan tiedon hankkimisesta ja tieteellisen tekstin kirjoittamisesta. Tarkoituksena on syventää tietoa mielenterveysasiakkaan somaattisesta sairastavuudesta ja parantaa osaamista asiakkaiden ohjaamiseen oikeiden palvelujen piiriin.

7 TYÖN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Aiempaa tutkimustietoa aiheesta ei juuri ollut. Koko väestön tasolla tyytyväisyystutkimuksia peruspalveluista kuitenkin on tehty, kuten ”Suomalaisten aikuisten palveluiden käyttö ja tyytyväisyys niihin Suomessa vuonna 2013 –ATH-tutkimuksen tuloksia” (THL 2014) sekä ”Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakaslähtöisyys – Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta” (THL 2017b). Opinnäytetyön kysely sisälsi kvalitatiivisia piirteitä vapaiden kysymysten muodossa. Tätä menetelmien yhdistämistä kutsutaan triangulaatioksi (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 75–76). Opinnäytetyö toteutettiin Iisalmen aikuispsykiatrian poliklinikan asiakkaille suunnatulla kyselytutkimuksella. Kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin Webropol- ja Excel-ohjelmilla.

7.1 Aiempi tutkimustieto

Aiempaa tutkimustietoa aiheesta haettiin kirjaston tietokannasta Aapeliasta, Medicaasta, Cinahl-tietokannasta ja Theseuksesta. Taulukossa 1 esitetään keskeisimmät hakutulokset. Tutkimukset painottuivat enemmän hoitajan kuin potilaan näkökulmaan. Hakutulosten perusteella opinnäytetyön tekeminen mielenterveysasiakkaan näkökulmasta somaattisen hoidon laatuun ja saatavuuteen oli perusteltua.

TAULUKKO 1. Hakutulokset tietokannoista

Tietokanta	Hakusanat	Vuosisiväli	Osumat	Tarkasteluun hyväksytyt
Aapeli	Mielenterveystyö JA Terveyspalvelut	-	Muutama	-
Medica	Mielenterveys JA Terveystieteiden tutkimuskeskus	2011–2016	8	-
	Mielenterveys JA Terveystieteiden tutkimuskeskus	2011–2016	20	-
Cinahl	Psychiatric AND Somatic AND Healthcare	-	11	1
Theseus	Mielenterveys + Somaattinen + Terveystieteiden tutkimuskeskus	2009–2016	20	3
	Mielenterveys + Somaattinen + Avohoito	-	Muutama	1
	Mielenterveys + Somaattinen sairaus + Potilaan näkökulma	-	Muutama	-

Hollantilaisessa tutkimuksessa todettiin, että vakavista mielenterveysongelmista kärsivien avohoitopotilaiden somaattinen hoito on riittämätöntä (Van Hasselt ym. 2012). Psykiatrinen sairaanhoitaja on tärkeässä asemassa sekä potilaan terveellisten elämäntapojen ohjauksessa että somaattisen hoidon koordinoinnissa.

Kolmessa opinnäytetyössä mielenterveysasiakkaan somaattista hoitoa oli arvioitu hoitohenkilökunnan näkökulmasta haastatteluin, yksi somaattisen ja kaksi mielenterveyspuolen hoitajien. Opinnäyte-

töiden tuloksissa somaattisen puolen hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta ja tietoa mielen-terveyspotilaan kohtaamisesta (Kara ja Palomäki 2016). Mielenterveyspuolella toinen tutkimuksista päätyi tulokseen, että hoitajilla on riittävästi tietoa somaattisten sairauksien hoidosta (Huttunen, Koivisto ja Konki 2012). Toinen tutkimuksista päätyi tulokseen, että hoitajat kaipaavat lisäkoulutusta (Seppänen 2012). Mielenterveysasiakkaan näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia löytyi samoilla hakusanoilla yksi. Tämä tutkimus kuitenkin kattoi vain yhden organisaation asiakkaiden haastattelututkimuksen kyseessä olevan organisaation rakennemuutokseen liittyen (Tikander 2016).

7.2 Triangulaatio

Triangulaatiolla tarkoitetaan eri menetelmien yhteiskäyttöä, jota voidaan myös kutsua metodien yhdistämiseksi. Termin varhaisin käyttäjä Denzin (1970) jaotteli triangulaation neljään tyyppiin. Metodologinen triangulaatio tarkoittaa useamman tutkimusmenetelmän käyttöä samassa tutkimuksessa. Kun tutkimuksen aineiston keruuseen, analysointiin ja tulkitsemiseen osallistuu useampia tutkijoita, puhutaan tutkijatriangulaatiosta. Teoreettinen triangulaatio tarkoittaa ilmiön lähestymistä eri teoreettisista näkökulmista. Kun saman ongelman ratkaisemiseksi kerätään useita erilaisia tutkimusaineistoja, puhutaan aineistotriangulaatiosta. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 233.)

Opinnäytetyön aineiston keruussa toteutui metodologinen triangulaatio. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehtoisia kysymyksiä oli mahdollista täydentää sanallisesti. Metodologisessa triangulaatiossa voidaan käyttää kvantitatiivista ja kvalitatiivista lähestymistapaa toisiaan täydentävinä. Kvantitatiivinen tutkimus ei ole vain numeroita vaan tuloksia tulkitaan ja kuvataan sanallisesti. Kvalitatiivisen tutkimusaineiston analyysissä tehdään luokituksia eri kategorioihin. Eri menetelmillä saatuja tutkimustuloksia käytetään samanaikaisesti ja ne yhdistetään tutkimuksen lopussa. Tutkimus voi olla myös vaihteittain etenevää, jolloin esimerkiksi kvalitatiivinen tutkimus on lähtökohtana kvantitatiiviselle tutkimukselle. Triangulaatiolla pyritään lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Haasteena voi olla numeeristen ja sanallisten tulosten yhdistäminen asianmukaisesti. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 75–77.)

7.3 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus

Määrällinen tutkimus on muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välistä suhdetta ja eroja kuvaava menetelmä, joka vastaa kysymykseen ”Kuinka paljon?” tai ”Kuinka usein?” (Vilka 2017, 13). Muuttujat voivat olla riippumattomia eli selittäviä, kuten hoitotieteessä usein kysytyt potilaiden taustatiedot esimerkiksi ikä, sukupuoli tai koulutus. Tärkeää on pohtia millä tiedolla on merkitystä tutkimuksen kannalta. Esimerkiksi iällä ja koulutustasolla voi olla merkitystä potilasohjauksen tarpeeseen. Riippumattomia eli selittäviä muuttujia puolestaan ovat esimerkiksi vastaajien tyytyväisyys saamaansa hoitoon. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.)

Tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään numeroiden avulla esimerkiksi tunnuslukuina, jotka sitten tulkitaan ja selitetään sanallisesti, millä tavoin asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toistaan. Mittaaminen on erilaisten asioiden, ominaisuuksien tai ilmiöiden määrittämistä mitta-asteikolle. Kaik-

ki millä tehdään eroja havaintoyksiköiden välillä ja määritellään ero symboleilla, on mittaamista. Muuttuja on määrällisessä tutkimuksessa haluttu tieto, joka voi olla esimerkiksi henkilöä koskeva asia, toiminta tai ominaisuus. Määrällisen tutkimuksen tiedonkeruussa käytetään mittaria, joka voi olla kysely-, haastattelu- tai havainnointilomake. (Vilka 2007, 13–16.)

Teoreettisilla käsitteillä on keskeinen rooli määrällisessä tutkimuksessa. Jotta henkilöitä koskevia asioita voidaan tutkia määrällisesti, on tutkittava asia ennen aineiston keräämistä operationalisoitava eli muutettava teoreettinen ja käsitteellinen asia tutkittavaan, arkiymmärryksellä ymmärrettävään muotoon. Tutkittava asia ja sen ominaisuudet strukturoidaan eli suunnitellaan ja vakioidaan lomakkeelle kysymyksiksi ja vastausvaihtoehdoiksi niin että kaikki ymmärtävät ne samalla tavalla. (Vilka 2007, 14–15.)

Määrällisissä menetelmissä tavoitteena on mahdollisemman objektiivinen tutkimus, joka tarkoittaa puolueetonta tutkimusprosessia sekä puolueettomia tutkimustuloksia. Puolueettomuutta edesauttavat tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde prosessin aikana sekä tutkijan mahdollisimman vähäinen vaikutus tutkimuksella saatuihin tuloksiin. Tulosten tulkinnassa tulokset asetetaan ulkopuoliseen viitekehukseen ja niitä voidaan tulkita monin eri tavoin erilaisten teorioiden ja mallien, tieteellisten koulukuntien sekä perinteiden mukaan. Tällöin voidaan joutua tinkimään tulkinnan objektiivisuudesta. (Vilka 2007, 16.) Tämän opinnäytetyön aineistonkeruussa käytetyn kyselylomakkeen rungon muodostivat teoriaan pohjautuvat määrälliset kysymykset vastausvaihtoehdoilla.

7.4 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen tutkimus on vakiintunut hoitotieteisiin 1980-luvulta alkaen ja tuolloin sen yleistyminen nähtiin eräänlaisena vastakohtana kvantitatiiviselle tutkimukselle, mutta nykyisin eri tutkimusmenetelmät nähdään toisiaan täydentävinä eikä kilpailevina. Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään usein tutkittaessa asioista joista ei entuudestaan tiedetä juuri mitään. Menetelmä on käyttökelpoinen kun halutaan saada uusia näkökulmia tai epäillä aiempia tutkimustietoja. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–75.) Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan pyrkiä selittämään tutkittavan käyttäytymisen tai päätösten syitä (Heikkilä 2014). Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisemman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti ajatellen tutkimuksen tavoitteena on löytää tai paljastaa asioita eikä todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, ym. 2009, 160–161.) Kvantitatiivisesta tutkimuksesta poiketen kvalitatiivinen tutkimus ei tähtää yleistettävyyteen ja otos on harkinnanvarainen (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 67; Heikkilä 2014, 15).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruuta voidaan tehdä esimerkiksi haastattelemalla, kirjallisella kyselylomakkeella tai havainnoimalla (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 121). Aineiston keruu on usein vähemmän strukturoitua kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja aineisto on usein tekstimuodossa (Heikkilä 2014, 15). Aineiston analyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen haasteellisin osa, jossa voi ilmetä epäselvyyksiä ja kritiikkiä prosessin kulkua kohtaan. Tyypillisin ja perinteisin analyysimenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on sisällön analyysi ja raportointi on aineistoläh-

töistä. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–167.) Tässä opinnäytetyössä kvalitatiivisuus oli mukana kyselylomakkeen avointen, asiaa täydentävien kysymysten muodossa.

7.5 Opinnäytetyön teoriaosa ja kyselylomakkeen laadinta

Työsuunnitelma, opinnäytetyön teoriaosa ja kyselylomake tehtiin kesän ja syksyn 2017 aikana. Työsuunnitelma esitettiin koululla 23.8.2017 ja poliklinikan osastotunnilla 18.9.2017. Suunnitelma hyväksyttiin 19.9.2017 jonka jälkeen haettiin tutkimuslupaa (liite 1). Tutkimuslupa saatiin 2.10.2017. Tekijät vastasivat itse kyselylomakkeiden tulostuksesta aiheutuvista kustannuksista.

Tiedonkeruu opinnäytetyöhön tapahtui kyselylomakkeilla (liite 2), joka on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä (Hirsjärvi ym 2009, 193). Teknologia mahdollistaa tiedonkeruun internetlomakkeiden avulla, jolloin vastaukset saadaan suoraan tilasto-ohjelmaan ja siitä raporteiksi (Heikkilä 2014, 45). Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruu toteutettiin perinteisellä paperilomakkeella. Näin vastaajia ei rajattu tietoteknisten taitojen perusteella ja kyselylomakkeen täyttö oli mahdollista toteuttaa vastaanotolla. Paperilomakkeen suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös tietojen syöttäminen ja käsittely tilasto-ohjelmalla (Heikkilä 2014, 47).

Kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää perehtymistä kirjallisuuteen, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa sekä suunnitelman aineiston käsittelystä. Työn tavoitteiden tulee myös olla täysin selvillä ennen lomakkeen laadintaa. Myös lomakkeen ulkoasuun ja selkeyteen tulee kiinnittää huomiota, jotta vastaajan mielenkiinto saadaan herätettyä ja pidettyä yllä. Kyselyn tulee edetä loogisesti, eikä se saa olla liian pitkä. Kaikkien kysymysten tarpeellisuus tulee harkita huolella ja lomake testata ennen kyselyn toteuttamista. (Heikkilä 2014, 47.)

Kyselylomakkeessa oli strukturoituja kysymyksiä vastausvaihtoehdoilla. Lisäksi lomakkeessa oli mahdollisuus tarkentaa vastausta tai antaa lisätietoa omin sanoin. Vastaajilta kysyttiin aiempia kokemuksia somaattisen terveyden hoidosta, hoidon saatavuudesta ja laadusta sekä parannusehdotuksia niihin. Kyselylomakkeessa kysyttiin myös joitain taustatietoja, mutta niissä huomioitiin vastaajan yksityisyyden suoja. Vastaaja ei siis ole tunnistettavissa taustatietojen perusteella.

Kyselylomake testattiin ensin opiskelijatovereilla, heiltä saadun palautteen perusteella lomaketta muokattiin alustavasti. Tämän jälkeen toteutettiin testaus kohderyhmään kuuluvien vastaajien kanssa Iisalmen aikuispsykiatrian kotikuntoutuksen ryhmässä 19.9.2017. Henkilökunta tarjosi lomaketta kahdeksalle vastaajalle, joista seitsemän osallistui testaukseen. Henkilökunnan mukaan vastaajien toimintakyvyssä, psyykkisen sairauden vakavuudessa ja kestossa oli kattava edustus kohderyhmästä. Testauksen perusteella korostettiin kysymysten koskevan somaattista hoitoa koko kyselyn ajan lisäämällä sana ”somaattinen” jokaiseen kysymykseen. Kysymykseen seitsemän lisättiin myös hammashoidon kuuluvan kyselyyn. Kyselyyn vastaamiseen kului aikaa noin 5–15 minuuttia.

7.6 Kyselyn kohderyhmä ja aineistonkeruu

Testauksen ja muutosten jälkeen lomakkeet toimitettiin Iisalmen aikuispsykiatrian poliklinikalle, joka oli opinnäytetyön kyselyn toteuttamisen todellinen ympäristö eli konteksti. Rajausta mielenterveyden häiriön tai somaattisen sairastavuuden perusteella ei tehty. Kohdehenkilöt muodostivat otoksen perusjoukosta, joka tässä tapauksessa oli mielenterveyshäiriötä sairastavat.

Opinnäytetyön kyselyn ajanjaksoksi sovittiin kolme kuukautta, jonka aikana suurimmalla osalla avo-huollon asiakkaista oli vähintään yksi käynti vastaanotolla. Tavoitteena oli saada kysely toimitetuksi kaikille aineistonkeruujaksolla Iisalmen aikuispsykiatrian poliklinikalla asioiville. Vastaanoton hoitaja tarjosi kyselylomaketta täytettäväksi vastaanoton yhteydessä tai tarvittaessa kotona. Opinnäytetyön tekijät eivät olleet kontaktissa kohderyhmään. Lomakkeen mukana vastaajat saivat kyselyä selkeyttävän saatekirjeen (liite 3).

Kyselylomakkeita toimitettiin poliklinikalle 3.10.2017 kahdeksankymmentä kappaletta, 3.11.2017 kaksikymmentä kappaletta ja 10.11.2017 vielä kaksikymmentä kappaletta. Lomakkeita toimitettiin poliklinikalle siis yhteensä 120 kappaletta. Kyselyn oli tarkoitus kestää kolme kuukautta, mutta vastausten vähäisyyden vuoksi kyselyä jatkettiin vielä kaksi viikkoa. Tuloksena tästä saatiin kolme vastausta lisää. Tyhjiä lomakkeita palautettiin 32 kappaletta, eli yhteensä kysely tavoitti 88 asiakasta (N). Vastattuja kyselylomakkeita palautui 36 kappaletta. Kyselyn palautusprosentti oli siis 40,9. Ajallisesti aineiston keräämiseen meni aikaa neljä kuukautta, sisältäen lomakkeiden toimittamisen ja keräämisen sekä alustavan arvion.

7.7 Aineiston analysointi ja opinnäytetyön viimeistely

Kyselylomakkeet käytiin ensin alustavasti läpi. Tässä vaiheessa kolme lomaketta jouduttiin hylkäämään vastaamattomien kysymysten määrän vuoksi. Lopulliseen analyysiin jäi 33 lomaketta (n), jolloin vastausprosentiksi tuli 37,5. Vastaukset syötettiin käsin Webropol-ohjelmaan, jonka jälkeen ne analysoitiin.

Analysointi aloitettiin tilastollisesti kuvaavalla analyysillä, eli kuvaamalla määrällisten muuttujien frekvenssejä ja suhteellisia frekvenssejä. Tämä vastasi opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen mielenterveysasiakkaan koetusta somaattisen hoidon saatavuudesta ja laadusta. Tilastollisesti kuvaavat analyysit saatiin somaattiseen hoitoon hakeutumisesta, somaattiseen hoitoon pääsystä, kohtaamisesta terveydenhuollossa ja somaattiseen jatkohoitoon hakeutumisesta. Analyysistä saatiin osavastaus myös toiseen opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen (Mitkä asiat toteutuvat hyvin ja missä olisi mahdollisesti parannettava?).

Avoimet kysymykset käsiteltiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Vastausten määrä jäi niin vähäiseksi, ettei niiden luokittelu olisi ollut mielekästä. Opinnäytetyössä päädyttiin kirjaamaan vastaukset sellaisenaan ilman luokittelua. Yhteenvedossa samankaltaiset vastaukset kaikista aihealueista somaattiseen hoitoon hakeutumisesta somaattiseen jatkohoitoon kirjattiin teeman mukaisesti. Ana-

lyysin tarkoituksena oli vastata kysymykseen mitkä asiat toteutuivat hyvin ja missä olisi mahdollisesti parannettavaa. Tuloksista saatiin myös vastaus kysymykseen miten somaattisen hoidon saatavuutta ja laatua voitaisiin mahdollisesti parantaa asiakaslähtöisesti.

Ristiintaulukoinnilla tutkitaan muuttujien välisiä riippuvuuksia (KvantiMOTV 2004). Vastausten pienen määrän vuoksi vastausvaihtoehtoja täytyi yhdistellä ja analyysi tehtiin Excel-ohjelmalla. Riippuvuussuhteita selvitettiin khiin neliötestillä. Riippuvuussuhteiden merkitsevyystasoksi valitsimme $p = 0,05$, joka on myös tieteellisessä tutkimuksessa hyväksytty riskitaso ja hoitotyön tutkimuksissa useimmin käytetty (Burns ja Grove 2011, 377). Analyysissa huomioitiin myös, mikäli tulos ei kuitenkaan ollut erityisen merkitsevä ($p = 0,001$) (KvantiMOTV 2003). Opinnäytetyössä ristiintaulukointia tehtiin taustatietojen vaikutuksesta somaattisen hoidon saatavuuden ja laadun kokemukseen. Lisäksi tehtiin ristiintaulukointia aihealueiden sisällä esimerkiksi kuinka kokemukseen somaattiseen hoitoon hakeutumisesta vaikutti oliko vastaaja hakeutunut hoitoon itse vai jonkun muun toimesta.

Opinnäytetyötä viimeisteltiin keväällä 2018 kaksi kuukautta. Opinnäytetyön kyselyn tuloksia verrattiin aiempiin tutkimuksiin ja yhdistettiin aikaisempaan teorian tietoon. Viimeistelyvaiheessa arvioitiin opinnäytetyön onnistumista ja tulosten luotettavuutta sekä omaa ammatillista kasvua prosessin edetessä. Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen keskeiset tulokset tullaan esittämään työn tilaajalle syksyllä 2018. Aikuispsykiatrisella poliklinikalla pidetään osastotunti ja analyysin tuloksista lähetetään tiivistelmä yhteyshenkilölle.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Aluksi tuloksista selvitettiin kyselyyn vastanneiden profiili. Profiilista selvisi vastaajien sukupuoli- ja ikäjakauma sekä mielenterveyshäiriön vakavuus ja sen vaikutus jokapäiväiseen elämään. Taustatiedoissa kysyttiin lisäksi käyntien määrää somaattisessa terveydenhuollossa sekä somaattista sairastavuutta ja oireilua. Tämän jälkeen käytiin läpi kyselyyn tulleet vastaukset osa-alueittain. Osa-alueita olivat hoitoon hakeutuminen, hoitoon pääsy, kohtaaminen terveydenhuollossa sekä jatkohoidon toteutuminen. Seuraavaksi selvitettiin tilastollisia vastaavuuksia taustatietojen ja somaattisen hoidon saatavuuden ja laadun kokemuksen perusteella. Yhteenvedossa vastauksia tarkasteltiin opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten pohjalta. Kyselyssä oli yhtä kysymystä lukuun ottamatta mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto. Tämä johti yli sadan prosentin tuloksiin osassa kysymyksistä. Tämä selittynee vastaajien useammilla käynneillä terveydenhuollossa. Analyysivaiheessa osassa kysymyksistä vastausvaihtoehtoja yhdistettiin vastausten vähäisyyden vuoksi.

8.1 Kyselyyn osallistujat

Taulukossa 2 esitellään vastaajien sukupuoli- ja ikäjakauma. Kaksi kolmasosaa vastaajista oli naisia. Muunsukupuolisia ei vastaajissa ollut. Suurin osa vastaajista oli iältään 25–34-vuotiaita. 18–24-vuotiaita vastaajia ei kyselyyn osallistunut. Mielenterveyshäiriönsä kertoi olevan hyvin lievä tai lievä 10 vastaajaa (30 %) ja vakava tai hyvin vakava 24 vastaajaa (73 %). Mielenterveydenhäiriönsä vaikuttavan jokapäiväiseen elämäänsä jonkin verran kertoi 17 vastaajaa (52 %). Paljon tai erittäin paljon vaikutusta koki olevan 17 vastaajaa (51 %). Vastaajia, joilla mielenterveyshäiriö ei vaikuttanut jokapäiväiseen elämään ollenkaan, ei ollut yhtään.

TAULUKKO 2. Vastaajien sukupuoli- ja ikäjakauma

Vastaajien jakauma sukupuolen ja iän mukaan		
Sukupuoli	Frekvenssi	Suhteellinen frekvenssi
Nainen	22	67 %
Mies	11	33 %
Muu	-	-
Yhteensä	33	100 %
Ikä		
18–24	-	-
25–34	12	37 %
34–44	8	24 %
45–54	4	12 %
55–64	9	27 %
Yhteensä	33	100 %

Diagnosoitu somaattinen sairaus oli 18 vastaajalla (55 %). Hoitoa vaativaa somaattista oireilua oli ollut 24 vastaajalla (73 %). Somaattisen sairastavuuden tai oireilun määrää selittää kyselyn luonne. Motivaatio vastaamiseen oli suurempi, mikäli käyntejä somaattisessa terveydenhuollossa oli ollut. Käyntejä terveydenhuollossa somaattisen sairauden tai oireiden vuoksi viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana oli suurimmalla osalla vastaajista ollut yli viisi kertaa (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Vastaajien käyntimäärät somaattisessa terveydenhuollossa

	Käyntien määrä somaattisessa terveydenhuollossa				
	Ei yhtään	1–3 kertaa	3–5 kertaa	Yli 5 kertaa	Yhteensä
Frekvenssi	2	8	5	18	33
Suhteellinen frekvenssi	6 %	24 %	15 %	55 %	100 %

Olemassa oleva hoitosuhde somaattisen sairauden vuoksi oli 16 vastaajalla (50 %). Tukea somaattisen sairauden hoitamiseen sai mielestään riittävästi 20 vastaajaa (65 %). Kuusi vastaajaa (19 %) ei saanut tukea, mutta ei kokenut sitä tarvitsevänsakaan. Viiden vastaajan (16 %) mielestä tukea sai liian vähän. Yksi vastaajista (3 %) ei saanut tukea, vaikka koki sitä tarvitsevänsä.

Vapaissa vastauksissa tahdottiin mielenterveyshäiriön hoitoon vähemmän tukea. Vastauksissa mainittiin omista sairauksista olevan jo riittävästi tietoa. Vastaajat toivoivat lisää tukea hoitoon hakeutumiseen ja somaattisen terveyden vuositarkastusta. Vastaajat kertoivat tarvitsevänsä lisää apua kipujen hoitoon. Tukea toivottiin pääasiassa lääkäriltä ja toivottiin että olisi niin sanottu oma lääkäri. Enemmän tukea haluttiin myös psykiatrian puolen omahoitajalta.

8.2 Somaattiseen hoitoon hakeutuminen

Somaattiseen hoitoon oli hakeutunut itse 26 vastaajaa (81 %) ja jonkun muun ohjaamana kuusi vastaajaa (19 %). Kolme vastaajaa (9 %) oli jättänyt hakeutumatta hoitoon, koska siihen ei ole ollut tarvetta tai mahdollisuutta. Kokemus somaattisen hoitoon hakeutumisesta oli hyvä tai erittäin hyvä 16 vastaajan (48 %) mielestä. Viiden vastaajan (15 %) kokemus somaattiseen hoitoon hakeutumisesta oli huono tai erittäin huono. Kokemus ei ollut hyvä eikä huono 13 vastaajan (39 %) mielestä. Somaattiseen hoitoon hakeutumisen kokemukseen ei vaikuttanut se oliko vastaaja hakeutunut sinne itse vai jonkun muun toimesta ($p=0,396$). Kahdeksalla vastaajalla (24 %) oli ollut ongelmia somaattiseen hoitoon hakeutumisessa.

Vapaissa vastauksissa kerrottiin somaattiseen hoitoon hakeutumisen ongelmiksi se, ettei aikoja saa tai jonotusajat ovat pitkiä. Lisäksi ongelmia oli ollut tiedonvälityksessä. Vastaajat kertoivat mielen-terveydestään vaikuttaneen hoidon saantiin heikentävästi. Vastaajista tuntui, ettei heidän oireitaan otettu tosissaan. Myös henkilöstöön liittyviä ongelmia tuli esille. Ongelmana oli henkilöstön vaihtuvuus ja ”kiireiset ja kiukkuiset” hoitajat. Vapaissa vastauksissa hyvin mennyttä hoitoon hakeutumista perusteltiin hyvällä tai riittävällä hoidolla. Hyvää ja ystävällistä lääkäreitä ja nättejä hoitajia kiiteltiin. Tyytyväisiä oltiin kipulääkkeen saamiseen lääkäriin pääsyä odottaessa.

Parannusehdotukseksi vastaajat esittivät henkilöstön lisäämistä sekä ajanvarauksen helpottamista. Vastaajat toivoivat tilanteensa huomioimista laajemmin ja kokonaisuutena eikä ”vain tuijotettaisi aikaisempia sairauksia”. Henkilökunnalle toivottiin myös koulutusta parempaan asiakaskohtaamiseen.

8.3 Somaattiseen hoitoon pääsy

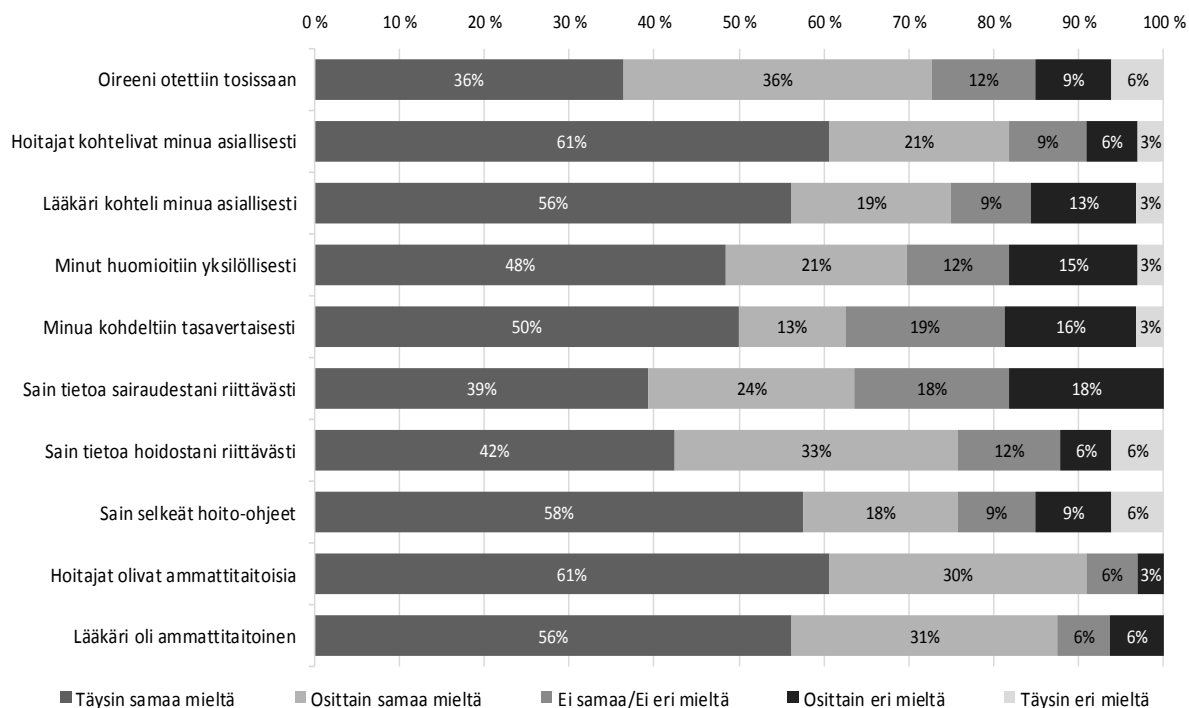
Somaattiseen hoitoon pääsyn koki helpoksi 11 vastaajaa (34 %) ja vaikeaksi neljä vastaajaa (13 %). Suurimman osan, 17 vastaajan (53 %), mielestä hoitoon pääsy ei ollut helppoa eikä vaikeaa. Kokemus somaattiseen hoitoon pääsystä oli hyvä tai erittäin hyvä 17 vastaajalla (51 %) ja huono tai erittäin huono kuudella vastaajalla (18 %). Kokemus ei ollut hyvä eikä huono 10 vastaajan (30 %) mielestä. Somaattiseen hoitoon pääsyssä oli ollut ongelmia seitsemällä vastaajalla (21 %).

Ongelmaksi suurin osa vastaajista mainitsi ajan saamisen vaikeuden tai odotusaikojen pituuden. Lisäksi ongelmana oli ollut oireiden vähättely tai niiden leimaaminen psyykkisiksi. Närkästyneitä oltiin siitä, ettei asiakas päässyt lääkärin vastaanotolle vaan hoitaja oli arvioinut hoidon tarpeen. Lääkärin kielitaidottomuutta pidettiin myös ongelmana. Somaattiseen hoitoon pääsyssä hyviä puolia olivat olleet välitön pääsy hoitoon ja avun saaminen vaivaan.

Parannusehdotuksena vastaajat mainitsivat resurssien lisäämisen sekä mahdollisuuden varata aika puhelimitse helposti. Tutkimukseen pääsyn ja seuraavan lääkäriajan toivottiin järjestyvän nykyistä nopeammin. Päivystykseen toivottiin omaa ajanvarausta mielenterveyshoidolle tai -ohjeistukselle. Lisäksi toivottiin potilaiden ottamista tosissaan, kiinteää hoitosuhdetta sekä kunnon kielitaitokoetta ulkomaalaisille.

8.4 Kohtaaminen terveydenhuollossa

Ensikokemus somaattiseen hoitoon hakeutuessa oli hyvä tai erittäin hyvä 17 vastaajalla (51 %). Huono tai erittäin huono se oli neljällä vastaajalla (12 %). Kokemus ensikohtaamisesta ei ollut hyvä eikä huono 13 vastaajan (39 %) mielestä. Kaikissa väittämässä kohtaamisesta terveydenhuollossa vastaajat olivat pääasiassa joko täysin tai osittain samaa mieltä (kuvio 1). Eniten täysin samaa mieltä oltiin hoitajien ammattitaidosta (61 %) sekä hoitajien asiallisuudesta (61 %). Lääkärin ammattitaitoon (56 %) ja asiallisuuteen (56 %) oltiin tyytyväisiä. Eniten eri mieltä, joko osittain tai kokonaan, oltiin tasavertaisesta kohtelusta terveydenhuollossa (19 %) sekä yksilöllisestä huomioimisesta (18 %). Myös tietoa sairaudesta olisi kaivattu lisää (18 %). Ongelmia ensikohtaamisessa somaattisen hoitohenkilökunnan kanssa oli seitsemällä vastaajalla (21 %).



KUVIO 1. Vastaajien kokemus kohtaamisesta somaattisessa terveydenhuollossa

Ongelmiksi ensikohtaamisessa somaattisen hoitohenkilökunnan kanssa mainittiin, ettei oireita otettu tosissaan, vaivaa vähäteltiin tai oireet laitettiin ”lääkityksen piikkiin”. Hoitajien kiire koettiin myös ongelmaksi. Suurella osalla avoimista vastauksista kyseenalaistettiin hoitohenkilökunnan asiallisuus. Hoitaja ei ollut aina ystävällinen, hoitaja ei ollut paneutunut vastaajan asiaan, suhtautuminen ei ollut asiallista tai lääkäri oli tentannut vastaajalta useasti samaa kysymystä. Tämä oli koettu älykkyyden tai harhaisuuden testaamiseksi. Lisäksi lääkärin kielitaidottomuus mainittiin vastauksissa ongelmaksi. Ensikohtaamisessa oltiin tyytyväisiä siihen, että pitkän odottamisen jälkeen oli lopulta päästy tutkimuksiin.

Ensikohtaamisen parantamiseksi somaattisen hoitohenkilökunnan kanssa ehdotettiin resurssien lisäämistä ja asiakaspalvelutaitojen kehittämistä. Kiinteää hoitosuhdetta toivottiin myös. Lisäksi haluttiin kielitaitokoetta ulkomaalaisille sekä muutenkin kaikille taitoa ”selittää asia tavalliselle ihmiselle ymmärrettävästi”.

8.5 Somaattinen jatkohoito

Suurimmalla osalla, 15 vastaajalla (45 %), somaattinen jatkohoito järjestettiin. Mikäli jatkohoitoon tuli hakeutua itse, sen teki kahdeksan vastaajaa (24 %) ja jätti tekemättä kolme vastaajaa (9 %). Tilanne ei vaatinut jatkohoitoa seitsemällä vastaajalla (21 %). Kokemus somaattiseen jatkohoitoon ohjautumisesta oli hyvä tai erittäin hyvä 21 vastaajan (68 %) mielestä. Huono tai erittäin huono se oli viiden vastaajan (16 %) mielestä. Tyytyväisyydestä jatkohoitoon ohjautumisesta niiden välillä joiden jatkohoito oli järjestetty tai niiden joiden tuli hakeutua sinne itse ei saatu tilastollisesti luotettavaa tietoa vastausten vähäisyyden vuoksi. Tässä kyselyssä hieman keskimääräistä tyytyväisempiä

olivat ne joiden jatkohoito järjestettiin. Somaattisen jatkohoidon saatavuudessa tai sen järjestämisessä oli ollut ongelmia seitsemällä vastaajalla (23 %).

Jatkohoidon saatavuudessa tai sen järjestämisessä pääasiallisena ongelmana oli, ettei hoitohenkilöstö paneutunut asian hoitamiseen. Vastaajat kokivat, etteivät he osanneet hoitaa asiaa itse ja olisivat kaivanneet siihen tukea. Jatkohoitoon oli myös jätetty hakeutumatta vaikka sitä olisi tarvittu. Osa vastaajista oli joutunut vaatimaan jatkohoidon järjestämistä. Samoin tyytymättömiä oltiin vaikeuteen saada aikaa lääkärille. Turhautuneita oltiin lisäksi ”puhelinrumbaan” jonka jatkohoidon järjestäminen oli vaatinut. Hyvää jatkohoidon järjestämisessä oli ollut oman somatiikan lääkärin asiallisuus ja ammattitaito. Mikäli ohjausta oli saatu, siihen oltiin tyytyväisiä.

Parannusehdotukseksi jatkohoidon saatavuuteen ja järjestämiseen vastaajat mainitsivat, että hoitohenkilöstö huomioisi potilaan tarpeen saada siihen tukea ja ohjausta. Parempaa ohjeistusta kaivattiin muutenkin, esimerkiksi puhelinnumero johon ottaa yhteyttä. Hoitotahojen välille toivottiin lisäksi enemmän yhteistyötä ja yhtenäisiä linjauksia lääkäreille jatkohoidosta.

Lopuksi kysyttiin vielä halusiko vastaaja kertoa jotain muuta asiaan liittyvää. Vastauksissa mainittiin, että kyselyyn vastaaminen oli haastavaa, mikäli sairastumisia ei ole ollut. Kerrottiin myös, että somaattista hoitoa oli saatu jo ennen mielenterveyshoitojakson alkamista. Lisäksi kiiteltiin Enska:a eli ensikäyntiä ilman ajanvarausta Iisalmessa.

8.6 Taustatekijöiden vaikutukset kokemukseen hoidon saatavuudesta ja laadusta

Somaattiseen hoitoon hakeutumisen, somaattiseen hoitoon pääsyn, ensikohtaamisen terveydenhuollossa sekä somaattisen jatkohoidon järjestämisen tai sen saatavuuden huonoksi tai erittäin huonoksi arvioineet olivat tässä kyselyssä kaikki naisia (taulukko 4). Myös ongelmia näissä kaikissa oli ollut vain tai enimmäkseen naisilla. Tulos on tilastollisesti huomattava ($p=0,005$), mutta ei kuitenkaan erityisen merkitsevä. Myös vastaajien iällä oli tilastollisesti huomattava ($p=0,002$), mutta ei erityisen merkitsevä vaikutus kokemukseen. Nuorempien, 25–44 -vuotiaiden, vastaajien kokemus oli ollut huono tai erittäin huono useammin kuin ikäryhmällä 45–64 vuotiaat.

TAULUKKO 4. Vastaajien kokemus somaattisen hoidon saatavuudesta sukupuolen mukaan

Kokemus		Sukupuoli		Yhteensä
		Nainen	Mies	
Hyvä tai erittäin hyvä	Frekvenssi	48	18	66
	<i>Odotettu tulos</i>	<i>50,2</i>	<i>22,7</i>	
Ei hyvä eikä huono	Frekvenssi	25	16	41
	<i>Odotettu tulos</i>	<i>28,9</i>	<i>13,1</i>	
Huono tai erittäin huono	Frekvenssi	20	0	20
	<i>Odotettu tulos</i>	<i>13,8</i>	<i>6,2</i>	
Yhteensä		93	34	127

Mielenterveysongelman vakavuus ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevää määrää siihen oliko vastaaja hakeutunut hoitoon itse, jonkun muun toimesta tai ei ollenkaan ($p=0,250$). Tässä kyselyssä kuitenkin kaikki muun henkilön toimesta somaattiseen hoitoon hakeutuneet olivat mielenterveyson-

gelmansa vakavaksi tai hyvin vakavaksi ilmoittaneita. Mielenterveyden arvioidulla vakavuudella tilastollisesti merkitseviä eroja kokemuksessa somaattisen hoidon saatavuudessa tai sen laadussa ei ollut ($p=0,496$). Mielenterveyden häiriön vaikuttaessa vastaajan jokapäiväiseen elämään paljon tai erittäin paljon oli myös kokemus hoidon saatavuudesta ja laadusta keskiarvoa huonompi. Ei kuitenkaan tilastollisesti erityisen merkitsevää määrää ($p=0,003$). Mikäli vastaajalla oli olemassa oleva hoitosuhde somaattisen sairauden vuoksi, oli hän keskimääräistä tyytyväisempi saatuun hoitoon ja hoidon laatuun. Ei kuitenkaan tilastollisesti erityisen merkitsevästi ($p=0,007$).

8.7 Yhteenveto

Vastaus ensimmäiseen opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen, miten somaattisen hoidon saatavuus ja laatu toteutuvat mielenterveysasiakkaan kokemana, saatiin kyselyn määrällisestä osiosta. Vastausten perusteella mielenterveysasiakkaan kokemus somaattisen hoidon saatavuudesta ja laadusta on hyvä tai erittäin hyvä (taulukko 5). Läpi hoitoketjun somaattiseen hoitoon hakeutumisesta jatkohoidon saatavuuteen ja järjestämiseen lähes neljä viidestä (78 %) vastaajasta oli sitä mieltä, ettei ongelmia ollut. Somaattiseen hoitoon pääsy oli ensisijaisesti helppoa (34 %).

TAULUKKO 5. Vastaajien kokemus somaattisen hoidon laadusta ja saatavuudesta osa-alueittain

		Somaattisen hoidon osa-alue				Yhteensä
Kokemus		Hoitoon hakeutuminen	Hoitoon pääsy	Ensikoh- taaminen terveyden- huollossa	Jatkohoi- toon hakeu- tuminen	
Hyvä tai erittäin hyvä	Frekvenssi	18	17	17	14	66
	<i>Suhteellinen frekvenssi</i>	48 %	51 %	51 %	68 %	52 %
Ei hyvä eikä huono	Frekvenssi	13	10	13	5	41
	<i>Suhteellinen frekvenssi</i>	39 %	30 %	39 %	19 %	32 %
Huono tai erittäin huono	Frekvenssi	5	6	4	5	20
	<i>Suhteellinen frekvenssi</i>	15 %	18 %	12 %	16 %	16 %
Yhteensä		36	33	34	24	127

Vastaus toiseen opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen, mitkä asiat toteutuvat hyvin ja missä olisi parannettavaa, saatiin avoimista vastauksista. Vastausten perusteella nopea hoitoon pääsy sekä asiallinen ja ystävällinen kohtaaminen ja kohtelu paransivat kokemusta. Hyvästä ja asiantuntevasta hoidosta kiiteltiin. Parannettavaa oli jokaisessa hoitoketjun kohdassa reilun viidenneksen (22 %) mielestä. Avointen vastausten perusteella aikojen saamisen vaikeus ja jonotusajat muodostuivat ongelmaksi. Kiire ja hoitavan henkilön vaihtuvuus vaikuttivat kokemukseen negatiivisesti. Lisäksi oli esiintynyt asiatonta käytöstä hoitohenkilöstön puolelta. Mielenterveysongelmien koettiin vaikuttaneen hoidon laatuun ja saatavuuteen. Tiedonvälityksessä potilaalle ja hoitotahojen välillä todettiin olevan ongelmia. Lisää tukea olisi kaivattu, erityisesti jatkohoidon järjestelyssä.

Kolmanteen opinnäytetyötä ohjanneeseen kysymykseenkin, millä keinoilla somaattista hoitoa voidaan mahdollisesti parantaa, saatiin vastaus avoimista vastauksista. Vastausten perusteella paran-

nusehdotuksia olivat resurssien lisääminen sekä henkilökunnan kouluttaminen parempaan potilaan kohtaamiseen. Vastaajat toivoivat hoitohenkilökunnalta potilaan kokonaisvaltaista huomiointia sekä oireiden ottamista tosissaan. Tukea sekä hoitoon hakeutuessa että hoitoketjun eri vaiheissa kaivattiin enemmän. Selkeämpää ohjeistusta hoitoketjun eri vaiheissa kaivattiin myös. Lisäksi tiedottamista potilaalle ja hoitotahojen välillä tulisi parantaa.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa mielenterveysasiakkaiden koetusta somaattisen hoidon saatavuudesta ja laadusta. Kyselyssä selvitettiin lisäksi miten terveydenhuollon palveluita voitaisiin mahdollisesti parantaa. Sosiaali- ja terveystieteiden ollessa kovassa muutoksessa hyviksi havaitut ja koetut menetelmät tulisi säilyttää. Tämän opinnäytetyön kyselyn otos oli pieni, joten sen tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkiin mielenterveyshäiriötä sairastaviin.

9.1 Eettisyys opinnäytetyöprosessissa

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin, joka korostuu erityisesti hoitotieteessä, jossa tutkittavat ovat ihmisiä. Tutkimusetiikka voidaan jakaa sisäiseen ja ulkopuoliseen etiikkaan. Sisäisenä eettisenä perusvaatimuksena on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Ulkopuolisella etiikalla tarkoitetaan tutkimusaiheen valintaan ja tutkimustapaan vaikuttavia seikkoja. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Asiakkaan henkisen tilan tulee olla tutkimukseen osallistumisen kannalta riittävän tasapainoinen, eikä tutkimus saa aiheuttaa hänelle haittaa (Karakainen 2016-09-02). Asiakasrajaus ja -valinta tehtiin yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Opinnäytetyön päämääränä on mielenterveysasiakkaiden peruspalvelujen parantaminen ja tarkoituksena on lisätä mielenterveysasiakkaiden hyvinvointia, joten se on tutkimuseettisesti hyväksyttävä (Karakainen 2016-09-02).

Opinnäytetyössä pohdittiin eettisyyttä Pietarisen (2002) esittämän kahdeksan vaatimuksen listaa mukaillen. Uuden tiedon hankkimiseen valitusta aiheesta on aito kiinnostus. Aiheeseen paneudutaan tunnollisesti ja pyrkimyksenä on mahdollisemman luotettavan informaation hankkiminen sekä välittäminen eettisten vaatimusten mukaan. Kaikki toiminta perustuu rehellisyyden vaatimukseen eikä toiminta ole vilpillistä. Toiminnasta ei aiheudu vaaraa tai vahinkoa. Ihmisarvoa kunnioitetaan eikä yleisiä tai moraalisia arvoja loukata. Opinnäytetyön toteutuksessa toimitaan kollegiaalisesti, tasaveroisesti ja toisen työtä kunnioittaen. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Tutkimusetiikan mukaisesti on pyrittävä minimoimaan tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien riskit. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa käsitellään usein hyvin sensitiivisiä eli herkkäluontoisia asioita, jotka voivat herättää asiakkaassa voimakkaita tunnereaktioita. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Opinnäytetyön suunnittelussa sekä kyselylomakkeen laadinnassa huomioitiin tämän erityisryhmän haavoittuvaisuus harkiten tarkkaan tutkittavien henkilökohtaisten ja sensitiivisten kysymysten tarpeellisuutta, esimerkiksi millä taustatiedoilla on todellista merkitystä opinnäytetyön kannalta.

Keskeinen huomioitava asia on tutkittavien anonymiteetti (Haanpää 2017). Kvantitatiivisen aineiston yleisimmät anonymisointikeinot otettiin huomioon jo kyselylomakkeen laatimisvaiheessa. Kyselylomakkeessa ei käsitelty suoria tunnistetta, kuten nimiä tai puhelinnumeroita tai vahvasti epäsuoria, kuten yksilöiviä vastaajanumeroita ollenkaan. Epäsuorat tunnistet, kuten ikä, luokiteltiin.

Tutkimusraportin kirjoittajan vastuulla on että määrälliseen tutkimukseen perehtymätön lukija ymmärtää esitetyt tulokset. Tutkimusraportin avulla lukijan tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksen toteutuksesta sekä tulosten uskottavuudesta ja vakuuttavuudesta. (Vilka 2007, 157.) Opinnäytetyössä käytetyt lähteet ja lainaukset merkittiin asianmukaisesti ja kyselyn tulosten esittämiseen sekä raportin laadintaan panostettiin.

Suomessa noudatetaan kansainvälisesti hyväksyttyä tutkimusetiikan ohjeistusta, Helsingin julistusta (1964). Myös Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) ja Terveystieteiden neuvottelukunta (ETENE) ohjeistavat tutkimusetiikkaa. Tutkimusta varten tarvitaan tutkimuslupa. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 212–228.) Tutkimus- ja opinnäytetyölupa haettiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän vastuualuejohtajalta opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen erillisen ohjeen mukaan. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella lupaa haetaan heidän omalla lomakkeellaan ja liitteeksi tulee tutkimussuunnitelma. (Ylä-Savon SOTE ky s.a.b.)

Kyselyssä käsiteltiin arkaluontoisia henkilötietoja, kuten henkilön terveydentilaa ja sairautta. Näiden tietojen käsittelyssä noudatettiin erityistä huolellisuutta ja kyselylomakkeiden asianmukaisesta hävittämisestä huolehdittiin opinnäytetyöprosessin päätyttyä. Kyselylomake laadittiin henkilötietolain (1999) mukaisesti siten, ettei siitä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Kyselyaineiston analysointi edellytti myös lain viranomaisten toiminnan julkisuudesta (1999) noudattamista.

9.2 Vastaajien valinta ja tutkimuksen luotettavuus

Asiakkaiden itsemääräämisoikeus, aito vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus kieltäytyä ovat tutkimuksen lähtökohtia. Osallistumisen perustana tulee olla tietoinen suostumus sekä ymmärrys tutkimuksen luonteesta. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219.) Kyselyyn osallistuvat asiakkaat valittiin yhteistyössä heitä hoitavan tahon kanssa ja näin varmistettiin asiakkaan riittävä ymmärrys osallistumiseen liittyvistä asioista. Olennaista oli asiakkaan ymmärrys siitä, ettei kysely ole osa hoitoa eikä vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta asiakkaan saamaan psykiatriseen hoitoon. Nämä seikat kerrottiin selkeästi myös kyselyyn osallistuneille asiakkaille annetussa saatekirjeessä.

Tutkimuksen tavoitteena on olla reliaabeli sekä validi. Reliaabeli tutkimus antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, ja se on toistettavissa tutkijasta riippumatta. Tutkimuksen reliaabeliutta tulee tarkastella jo tutkimuksen aikana esimerkiksi kahden samaa asiaa mittaavan kysymyksen avulla, joiden väliset korrelaatiokertoimet lasketaan. Tuloksia ei voi yleistää tehdyn tutkimuksen ulkopuolelle vaan ne ovat päteviä vain tietyssä ajassa ja paikassa. Reliaabeliutta voidaan arvioida otoskoon, vastausprosentin, havaintoyksiköiden tietojen syöttämisen sekä mittausvirheiden perusteella. (Vilka 2007, 149–152.)

Validiudella tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Edellytyksenä on onnistunut operationalisointi arkikielelle, onnistunut kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilu, valitun asteikon toimivuus sekä epätarkkuuksien välttäminen. (Vilka 2007, 149–152.) Validiutta on vaikea tarkastella jälkikäteen ja sanoa, onko täysin onnistuttu, koska systemaattisen virheen mahdollisuus on selkeissäkin tilanteissa mahdollinen. Mahdollinen kato eli poistuma aiheuttaa systemaatt-

tista virhettä samoin kuin vastausten valehteleminen. Systemaattiset virheet vaikuttavat alentavasti sekä validiteettiin että reliabiliteettiin. (Heikkilä 2014, 177.) Yhdessä reliabelius ja validius muodostavat kokonaisluotettavuuden. Tulos on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja satunnaisvirheitä on vähän. (Vilka 2007, 149–152.)

Opinnäytetyötä tehtiin tarkasti ja kriittisesti arvioiden koko prosessin ajan. Paperisten kyselylomakkeiden käsittelyssä oltiin tarkkoja ja vastausten syöttäminen Webropol-ohjelmaan tehtiin huolella. Kyselyn otoskoko ei yltänyt halutulle tasolle ja sitä koetettiin parantaa pidentämällä kyselyn kestoa. Kyselyn toimittaminen vastaajille jotenkin muuten, kuten henkilökohtaisesti, olisi saattanut parantaa otoskokoja. Kyselyssä päätettiin kuitenkin säilyttää vastaajien ja opinnäytetyön tekijöiden etäinen suhde tulosten puolueettomuuden varmistamiseksi. Tutkittavien ja tutkijoiden etäinen suhde parantaa tutkimusprosessin sekä tulosten puolueettomuutta (Vilka 2007, 16). Kohdejoukkona olivat 18–65 vuotiaat aikuispsykiatrian poliklinikan asiakkaat, mutta valitettavasti vastaajissa ei ollut yhtään alle 25-vuotiasta. Kyselyyn vastaajat eivät siis täysin vastanneet kohdejoukkoa. Tämä huomioitiin tulosten esittelyssä.

Lomakkeen testaus, toisilta saadut kommentit ja korjaukset ovat tärkeitä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden ja virheiden vähentämisen kannalta (Vilka 2007, 78). Opinnäytetyön kyselylomake suunniteltiin huolellisesti etukäteen ja sitä testattiin sekä muokattiin ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista. Tavoitteena oli mahdollisemman validi kyselytutkimus. Lomakkeen kysymykset laadittiin monipuolisesti kattamaan opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset. Kysymykset suunniteltiin helposti ymmärrettäviksi väärinkäsitysten välttämiseksi. Selkeillä kysymyksillä saatiin vastaus haluttuun asiaan. Kyselyn kohdejoukko mietittiin yhdessä työn toimeksiantajan kanssa ja rajattiin koskemaan vain aikuispsykiatrian asiakkaita.

9.3 Tulosten tarkastelu ja hyödynnettävyys

Tämän opinnäytetyön kyselyn otos oli pieni ja sen tulokset ovat korkeintaan suuntaa antavia. Vastausten perusteella vaikuttaisi siltä, että mielenterveysasiakkaiden kokemus hoidon saatavuudesta ja laadusta on kohtalaisen hyvä. Kyselyyn vastanneiden hyväksi koettuja käytänteitä voidaan siis suosittelaa jatkettavaksi. Vastausten perusteella voidaan tehdä myös yleisellä tasolla suosituksia hoidon laadun ja saatavuuden parantamiseksi.

Opinnäytetyön kyselyyn vastanneista keskimäärin 15 prosentilla oli kokemus hoidosta hoitoketjun kaikissa vaiheissa huono tai erittäin huono. Ongelmia oli ollut keskimäärin 22 prosentilla. Vastaavasti alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa vuonna 2013 vajaa neljännes oli tyytymätön saamaansa terveydenhuollon palveluun (THL 2014). Tutkimuksessa terveydenhuollon asiakastyytyväisyydestä vuodelta 2015 kunnioittavaa kohtelua oli saanut aina tai useimmiten 94 prosenttia vastaajista (THL 2017b). Se on hieman paremmin kuin opinnäytetyön vastaavassa kysymyksessä ”Lääkäri kohteli minua asiallisesti” osittain tai täysin eri mieltä oli 16 prosenttia vastaajista. Hoitajien asiallisesta kohtelusta osittain tai täysin eri mieltä oli 9 prosenttia vastaajista. Myös tutkimuksessa terveydenhuollon asiakaslähtöisyydestä masentuneilla oli muita kielteisempiä kokemuksia kohtelusta ja

palveluihin pääsystä. He myös kokivat pääsevänsä muita harvemmin osallistumaan omaan hoitoonsa (THL 2017b).

Hyvää terveydenhuollossa vaikuttaisi olevan erityisesti lääkärin ja hoitajien ammattitaito. Ammattitaidolla terveydenhuollossa tarkoitetaan sekä hoidon teknistä osaamista että hoitotyön etiikan ja arvojen hallintaa (Pekurinen ym. 2008). Vastauksissa hoitoa kuvailtiin hyväksi ja riittäväksi. Tämä viittaisi siihen, että vastaajat olivat erityisesti tyytyväisiä hoidon tekniseen toteutukseen. Enska eli ensikäynti ilman ajanvarausta koettiin hyväksi käytännöksi, joskin sen aukioloaikaa toivottiin pidennettävän. Ajanvarauksen ja hoitoon sekä tutkimuksiin pääsyn toimivuutta ja nopeutta toivottiin muutenkin parannettavan. Vuoden 2018 alusta Enska onkin ollut avoinna myös viikonloppuisin (Ylä-Savon SOTE ky s.a.c). Tämä ei todennäköisesti näkynyt vielä opinnäytetyön kyselyn tuloksissa. Lisäksi oltiin tyytyväisiä mikäli potilaan huomiointi, nopea hoitoon pääsy ja ohjeistus olivat onnistuneet.

Vastausten perusteella vaikuttaisi siltä, että vastaajista eniten tukea tarvitsevat ovat terveydenhuollossa heikoimmilla. Sepin (2011, 12–15) artikkelissa Tampereen psykiatrisen avohoidon ylilääkäri Päivi Kiviniemi huomauttaa, että ”ihmisen tulee olla suhteellisen terve osatakseen ja jaksakseen hoitaa sairauksiaan”. Mielenterveysasiakkailta voi olla lisäksi ongelmia huolehtia omasta terveydestään tai ilmaista mahdollista oiretta tai kipua (Vuori-Kemilä ym. 2007, 57–60). Kyselyssäkin osa vastaajista kertoi tarvitsevänsä tukea jo kotoa ulos lähtemiseen ja hoitoon hakeutumiseen. Tämä tulisi ottaa huomioon siellä missä kontakti asiakkaaseen on, eli tässä tapauksessa psykiatrisissa avopalveluissa. Vastauksista ilmeni myös, että tukea kaivattaisiin nimenomaan omalta psykiatriselta hoitajalta. Selkeämpää ohjausta tai tukea toivottiin lisäksi somaattisen hoitoketjun muissakin kohdissa.

Osalla vastaajista oli kokemus, ettei oireita oteta tosissaan somaattisessa terveydenhuollossa. Osa vastaajista koki huomiota kiinnitettävän liikaa mielenterveyshäiriödiagnoosiin. Tähän tulisi somaattisen hoitohenkilökunnan kiinnittää huomiota, erityisesti kun tiedetään mielenterveyshäiriöiden ja somaattisen sairastavuuden yhteys. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) säädetään, että asialliseen kohtaamiseen ja kohteluun ovat oikeutettuja kaikki terveydenhuollossa asioivat.

Vastauksissa kaivattiin yleisiä terveystarkastuksia. Kaikki vastaajat eivät ole terveydenhuollon palveluiden, kuten työterveyshuollon, piirissä. Terveystarkastusten järjestäminen olisi tärkeää, koska useita sairauksia voitaisiin ehkäistä tai sairauden kulkua hidastaa elämäntapamuutoksilla. (Ngo ym. 2013; THL 2015b). Lisäksi tutkimuksissa on havaittu mielenterveysasiakkaiden suurempi todennäköisyys sairastua somaattisesti (Heiskanen 2015; Koponen ja Lappalainen 2015). Ylilääkäri Kiviniemi muistuttaa, että erityisesti vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien fyysiset sairaudet voivat huomaamatta edetä pitkälle (Sepi 2011, 12).

Yleisellä tasolla olisi parannettavaa tiedonkulussa potilaalle ja hoitotahojen välillä. Riittävästä tiedonsaannista hoitoon tai sairauteen liittyen potilaalle noin 40 prosenttia vastaajista oli täysin samaa mieltä ja lähes viidennes, 18 prosenttia osittain tai täysin eri mieltä. Myös tutkimuksessa Terveydenhuollon asiakaslähtöisyydestä (THL 2017b) havaittiin ongelmia sekä potilaan tiedonsaannissa että tiedonkulussa hoitotahojen välillä. Vastausten perusteella tähän tulisi kiinnittää enemmän huomiota

somaattisessa terveydenhuollossa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) terveydenhuollon ammattihenkilöt veloitetaan antamaan potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidostaan ja hoitovaihtoehtoistaan ymmärrettävästi.

Opinnäytetyön kyselyssä toivottiin lisäksi pysyvämpiä hoitosuhteita. Terveydenhuoltolain (2010) mukaan potilas tulisi ohjata jatkohoitoon häntä aiemmin hoitaneelle lääkärille aina kun se on mahdollista. Hoitavan henkilön vaihtuvuus aiheutti ongelmia myös tutkimuksessa terveydenhuollon asiakaslähtöisyydestä. Samat asiat joudutaan selittämään moneen kertaan ja asian hoitaminen vaatii käymistä useammassa toimipisteessä (THL 2017b). Artikkelissaan Ngo ym. (2013) totesivat, että mielen-terveys- ja somaattisen hoidon integrointi paitsi parantaa kokonaishoidon laatua, se on myös potilaille tehokkaampaa ja pienentää hoidon kustannuksia.

9.4 Suositukset ja jatkotutkimushaasteet

Tulosten perusteella terveydenhuollossa tarvitaan edelleen myös henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa sekä mahdollisuus saada matalan kynnyksen terveydenhoitoa. Tukea hoitoon hakeutumiseen toivottiin erityisesti omalta psykiatriselta hoitajalta. Jos jo kotoa ulos lähteminen vaatii ponnisteluja, ei omasta somaattisesta terveydestä huolehtiminen useinkaan ole päälimmäisenä mielessä. Omahoitaja voisi esimerkiksi konkreettisesti tukea asiakkaan ajanvarausta somaattiseen terveydenhoitoon. Hänellä tulisi lisäksi olla tietoa siitä mihin asiakas voi hakeutua tai minne ottaa yhteyttä somaattista hoitoa tarvitessaan.

Somaattisen terveydenhuollon puolella potilaan huomiointi ja kohtaaminen ovat avainasemassa. Eri-tyistä tukea kaipaavia potilaita ei välttämättä tunnisteta tai heitä ei osata kohdata. Jokaisen hoitotyötä tekevän tulisi kiinnittää tähän huomiota ja tarvittaessa hankkia lisäkoulutusta. Työnantajan vastuulla on huolehtia henkilöstön mahdollisuudesta osallistua lisäkoulutukseen ja havaita sen tarve. Yksinkertaisimmillaan somaattisen hoidon laatua voitaisiin parantaa kysymällä potilaalta: ”Onko teillä jotain hoitoonne liittyvää kysyttävää?” tai ”Oletteko ymmärtäneet teille annetut hoito-ohjeet?” Tämä osoittaisi potilaalle, että hänestä välitetään ja hänen asiansa on hoitajalle tärkeä. Lisäksi se edistäisi samalla tiedon kulkua potilaalle.

Resurssien lisäämisen sijaan voitaisiin miettiä miten ne saataisiin kohdennettua paremmin niitä tarvitseville. Voisiko mielen-terveys- ja somaattisen hoidon yhdistäminen olla ratkaisu? Tällöin molemmissa olisi käytössään kummankin osa-alueen hoitotyön tiedot ja taidot. Sosiaali- ja terveystalvveluja uudistettaessa voisi olla hyödyksi käyttää niin sanottuja kokemusasiantuntijoita. Seuraamalla mielen-terveysasiakkaan hoitoketjua terveydenhoidossa voitaisiin hankalaksi koetut osat karsia pois tai muuttaa sujuvammiksi.

Jatkotutkimushaasteena voisi olla saman tutkimuksen tekeminen suuremmalle kohdejoukolle. Esimerkiksi toimeksiantaja ehdotti että ikäihmisten työryhmässä voisi olla enemmän potentiaalisia vastaajia kyselyyn. Valinnanvapauden laajentuessa ja yleistyessä sen vaikutuksia somaattisen hoidon

toteutumiseen voisi olla mielenkiintoista tutkia. Lisäksi jatkossa jonkinlainen kokemusasiantuntijan pilottitutkimus voisi olla hyödyllinen hoitoketjujen sujuvoittamiseksi.

9.5 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi kehitti oppimis- ja yhteistyötaitojamme. Emme ole aiemmin paljon työskennelleet yhdessä, mutta prosessin aikana opimme tuntemaan toistemme työtapoja. Meillä on omia vahvuuksia, joita hyödynsimme työnjaossa. Tarkastelimme kriittisesti sekä omia että toistemme kirjoittamia tekstejä. Välillä pidimme taukoa työn tekemisestä ja saimme näin uutta intoa prosessin eteenpäin viemiseen. Työn etenemiseen vaikutti myös töissä käyminen opiskelun ohessa sekä yhteisen ajan löytäminen. Enimmäkseen työskentelimme erikseen ja kokosimme asiat yhteen sovitusti yhteisissä tapaamisissa. Käytimme paljon myös sähköpostia keskinäisessä tiedonvälityksessä. Toimimme vastuullisesti, tasa-arvoisesti sekä yhteisiä sopimuksia ja työnjakoa noudattaen koko prosessin ajan. Näistä yhteistyötaidoista on meille hyötyä myös työelämässä. Opinnäytetyön tekeminen kehitti lisäksi keskeneräisyyden sietokykyä ja kärsivällisyyttä, kun työ ei aina tuntunut etenevän.

Opinnäytetyön tekemisen myötä kehityimme tiedonhaussa ja tiedon kriittisessä arvioinnissa. Käytimme sekä sähköisiä että painettuja lähteitä. Mukana oli englanninkielistä aineistoa, johon perehtyminen kehitti kansainvälisyysosaamista. Luotettavien tiedonlähteiden käytön hallinta antoi rohkeutta jakaa tietoa myös muille.

Opinnäytetyön tekeminen lisäsi ja syvensi tietojamme mielenterveyshäiriöistä sekä niitä sairastavien henkilöiden somaattisesta sairastavuudesta. Tästä on meille hyötyä tulevaisuudessa suuntautuessamme mielenterveys- ja päihdetyöhön. Opinnäytetyössä käsitelimme somaattisia sairauksia, joiden kanssa sairaanhoitajina olemme tekemisissä riippumatta siitä missä tulemme työskentelemään.

Asiakaslähtöisyyden huomioiminen oli tärkeää opinnäytetyön kyselylomakkeen laadinnassa ja kyselyn toteuttamisessa paperisella lomakkeella. Lomake pyrittiin tekemään selkeäksi ja helpoksi vastata. Lomakkeen vastaamiseen kuluva aika oli kohtuullinen eikä vienyt liikaa asiakkaalle varatusta vastaanottoajasta hoitajan luona, mikäli se täytettiin vastaanoton yhteydessä. Asiakkaalle tarjottiin myös mahdollisuutta täyttää lomake omassa rauhassa odotustilassa.

Opinnäytetyö lisäsi myös tietojamme mielenterveysasiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteesta ja saatavuudesta kotikunnassamme. Saamamme tiedon avulla pystymme omassa työssämme toimimaan asiakkaidemme parhaaksi psykiatrisen ja somaattisen hoidon nivelkohdassa. Terveystuollon toimintaympäristön tunteminen on olennaista asiakkaiden ohjaamisessa oikeiden palvelujen piiriin. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme myös perehtyneet monipuolisesti sairaanhoitajan työhön liittyvään lainsäädäntöön.

Meillä ei ollut aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Opinnäytetyön tekeminen kyselytutkimuksena lisäsi tietojamme ja taitojamme jatkossa kehittää työtämme tutkimuksen kautta. Kyselytutkimuksen toteuttaminen edellytti perehtymistä uusiin asioihin ja tietoteknisten järjestelmien käyt-

töön. Järjestelmien toimiminen ei ole aina ollut ongelmaton ja tämä kehitti ongelmanratkaisukykyjämme. Opinnäytetyön teosta saamamme kokemus harjoitti meitä luotettavan tiedon etsinnässä sekä uusimpien tutkimustulosten ja artikkeleiden hyödyntämisessä. Näitä tietoja ja taitoja tulemme jatkossa tarvitsemaan, työskentelimme sitten millaisissa yksiköissä tai työtehtävissä tahansa.

Eettinen omatuntonne ja ammatillisuutenne on vahva ja tämän opinnäytetyön tekeminen vahvisti vielä entisestään näitä ominaisuuksia. Emme tavanneet kyselyyn vastaajia ja käsitelimme kyselylomakkeet vastaajien anonymiteettia suojaten. Säilytimme vastatut lomakkeet huolellisesti suojattuna ja hävitimme lomakkeet asianmukaisesti työn valmistuttua.

Yhteistyötä toimeksiantajan kanssa teimme tarpeen mukaan ja kävimme keskusteluja rakentavassa hengessä. Perustelimme psykiatrisen poliklinikan hoitajille kyselytutkimuksen tärkeyden ja kannustimme heitä antamaan kyselyitä asiakkaille vastaanoton yhteydessä. Toimeksiantajan puolelta ehdotettiin kesken tutkimuksen, että kyselyt olisivat asiakkaiden saatavilla odotusaulassa. Tutkimuksen luotettavuus olisi kuitenkin kärsinyt tästä ja asia perusteltiin henkilökunnalla. Asioiden puheeksi ottaminen antoi varmuutta ja lisäsi ongelmanratkaisutaitoja työelämään. Osastokokoukseen osallistuminen ja yhteistyö toimeksiantajan kanssa kehittivät työelämän verkostotyö-, viestintä- ja vuorovaikutustaitojamme.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AHONEN, Outi, BLEK-VEHKALUOTO, Mari, EKOLA, Sirkka, PARTAMIES, Sanna, SULOSAARI Virpi ja USKI-TALLQVIST, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- AHONEN, Outi, BLEK-VEHKALUOTO, Mari, EKOLA, Sirkka, PARTAMIES, Sanna, SULOSAARI, Virpi ja USKI-TALLQVIST, Tuija 2015. Kliininen hoitotyö. 1.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- BURNS, Nancy ja GROVE, Susan K. 2011. Understanding nursing research, building an evidence-based practice. 5. painos. Maryland Heights: Elsevier Saunders.
- DEPRESSIO: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-03-28.] Saatavissa: www.kaypahoito.fi
- DIABETES: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-05-10.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>
- DYSLIPIDEMIAT: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen sisätautilääkärien yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-05-10.] Saatavissa: www.kaypahoito.fi
- ERIKSSON, Elina, KORHONEN, Teija, MERASTO, Merja ja MOISIO, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Porvoo: Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoitajaliitto ry ja kirjoittajat.
- HAANPÄÄ, Eliisa 2017. Kvantitatiivisen aineiston anonymisointikeinot [verkkojulkaisu]. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. [Viitattu 2017-09-06.] Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/fi/ajankohtaista/tapahtumat/Tutkimusaineistojen_anonymisointi_2017/anonymisointikeinot_kvanti_eha.pdf
- HEIKKILÄ, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- HEIRO, Eeva ja RAITOHARJU, Reetta 2010. Terveystieteen organisaatioiden välinen tiedonsiirto Toimintaympäristöjen vertailu Suomessa ja Yhdysvalloissa. Finnish Journal of eHealth and eWelfare [digilehti] Volume 2, Issue 1, 11–15. [Viitattu 2018-04-11.] Saatavissa: <https://journal.fi/finjehew/article/view/2629>
- HENKILÖTIETOLAKI. L 22.4.1999/523. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-12-02.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- HEISKANEN, Tuula 2015. Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Number 258. Väitöskirja. [Viitattu 2017-09-07.] Saatavissa: http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1795-9/urn_isbn_978-952-61-1795-9.pdf
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. 19. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- HUTTUNEN, Marjo, KOIVISTO, Minna ja KONKI, Katri 2012. Somaattisen terveyden huomioiminen psykiatrisessa avohoidossa. Sairaanhoitajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta. Savonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-12-01.] Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/handle/10024/53124>
- HUTTUNEN, Matti 2015a. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu 2017-03-31.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002
- HUTTUNEN, Matti 2015b. Psykkiset ja somaattiset sairaudet [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu 2017-02-11.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007

- HUTTUNEN, Matti 2015c. Skitsofrenia [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu 2017-03-31.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148
- HUTTUNEN, Matti 2016. Sosiaalisten tilanteiden pelko [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu 2017-08-17.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00492&p_hakusana=sosiaalisten%20tilanteiden%20pelko
- HUTTUNEN, Matti 2017. Pakko-oireinen häiriö [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu 2017-09-05.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00403
- HÄMÄLÄINEN, Kaisu, KANERVA, Anne, KUHANEN, Carita, SCHUBERT, Carla ja SEURI, Tarja 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- ISOHANNI, Matti, SUVISAARI, Jaana, KOPONEN, Hannu, KIESEPPÄ, Tuula ja LÖNNQVIST, Jouko 2011. Skitsofrenia. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN, Timo (toim.) Psykiatria. Keuruu: Helsinki Duodecim, 70–133.
- ISOMETSÄ, Erkki 2011. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN, Timo (toim.) Psykiatria. Keuruu: Helsinki Duodecim, 194–217.
- KAARAKAINEN, Minna 2016-09-02. Tutkin, oivallan ja kehitän: Tutkimuksen eettisyys [luento]. Iisalmi. Savonia-ammattikorkeakoulu.
- KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2013. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, Suomen psykiatriayhdistys ry:n ja suomen nuorisopsykiatrian yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. [Viitattu 2017-03-31.] Saatavissa: www.kaypahoito.fi
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KARA, Taru ja PALOMÄKI, Merja 2016. Mielenterveys osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osaaminen mielenterveyden huomioidinnissa. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-11-28.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/105300>
- KETTUNEN, Raimo 2016a. Sepelvaltimotauti [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu 2017-06-29.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077
- KETTUNEN, Raimo 2016b. Sydämen vajaatoiminta [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu 2017-06-29.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084
- KOIVURANTA-VAARA, Päivi, ENBERG, Eija, IMMONEN-RÄIHÄ, Pirjo, LANG, Leena, LEHTONEN, Lasse, PUOLAKKA, Eija, ROINE, Risto, RYTKÖNEN, Asko ja TOIVIAINEN, Hanna 2011. Terveystenhuollon laatuopas [verkkojulkaisu]. KOIVURANTA-VAARA, Päivi (toim.) Helsinki: Suomen kuntaliitto, 9–15. [Viitattu 2017-08-18.] Saatavissa: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597
- KOPONEN, Hannu 2011. Pakko-oireiset häiriöt. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN, Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 312–325.
- KOPONEN, Hannu ja LAPPALAINEN, Jarmo 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys [verkkojulkaisu]. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. [Viitattu 2016-12-01.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.savonia.fi/lehti/2015/6/duo12166>
- KOTISAARI, Marja-Liisa ja KUKKOLA, Sirkka 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- KVANTIMOTV 2003. Hypoteesien testaus [verkkojulkaisu]. Menetelmäopetuksen tietovaranto. [Viitattu 2018-02-12.] Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html>

- KVANTIMOTV 2004. Ristiintaulukointi [verkkojulkaisu]. Menetelmäopetuksen tietovaranto. [Viitattu: 2018-02-12.] Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>
- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-08-18.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LAKI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKASTIETOJEN SÄHKÖISESTÄ KÄSITTELYSTÄ. L 9.2.2007/159. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-03-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
- LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. L 28.6.1994/559. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-08-18.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- LAKI VIRANOMAISTEN TOIMINNAN JULKISUUDESTA. L 21.5.1999/621. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-06-10.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>
- LÖNNQVIST, Jouko ja LEHTONEN, Johannes 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN, Timo (toim.) Psykiatria. Keuruu: Helsinki Duodecim, 12–31.
- NGO, Victoria K., RUBINSTEIN, Adolfo, GANJU, Vijay, KANELLIS, Pamela, LOZA, Nasser, RABADAN-DIEHL, Cristina ja DAAR, Abdallah S 2013. Grand challenges: Integrating mental health care into the non-communicable disease agenda. PLOS Medicine [digilehti] Volume 10, Issue 5, e1001443, 1–5. [Viitattu 2018-03-29.] Saatavissa: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001443>
- NOPPARI, Eija, KIILTOMÄKI, Aliisa ja PESONEN, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- PEKURINEN, Markku, RÄIKKÖNEN, Outi ja LEINONEN, Tuija 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008 [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. [Viitattu 2017-08-18.] Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf>
- PIETARINEN, Juhani 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Julkaisussa: KARJALAINEN, Sakari, LAUNIS, Veikko, PELKONEN, Risto ja PIETARINEN, Juhani (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaydeamus, 59–69.
- ROUTASALO, Pirkko ja PITKÄLÄ, Kaisu 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu 2017-08-30.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf
- SEPPI, Pirkko 2011. Psykiatrisen potilaan fyysisestä terveydestä huolehdittava. Mielenterveyslehti 3/2011, 12–15.
- SEPPÄNEN, Marjukka 2012. Somaattisten sairauksien hoito nuorisopsykiatrisella osastolla. Savonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-12-01.] Saatavissa: <http://www.theseus.fi/handle/10024/50852>
- STM 2005. Hyvinvointi 2015. Sosiaalialan tulevaisuus -seminaari 10.5.2005 [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2016-11-28.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/111883>
- STM s.a. Terveyspalvelut [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2017-09-04.] Saatavissa: <http://stm.fi/terveyspalvelut>
- SUOKAS, Jaana ja RISSANEN, Aila 2011. Syömishäiriöt. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN, Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 346–364.
- SYVÄNNE, Mikko 2016. Metabolinen oireyhtymä [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-05-10.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00565&p_haku=mbo

- TERVEYDENHUOLTOLAKI. L 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-08-18.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL 2014. Suomalaisten aikuisten palveluiden käyttö ja tyytyväisyys niihin Suomessa vuonna 2013 - ATH-tutkimuksen tuloksia [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-12-01.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/116075>
- THL 2015a. Sydän ja verisuonitaudit [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-06-28.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>
- THL 2015b. Yleistietoa kansantaudeista [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-06-28.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>
- THL 2016. Palvelujärjestelmä [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-11-28.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma>
- THL 2017a. Valinnan vapaus [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-08-28.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus>
- THL 2017b. Terveidenhuollon asiakaslähtöisyys - Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveystalouden toiminnasta [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-08-28.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134728/URN_ISBN_978-952-302-880-7.pdf?sequence=1
- TIKANDER, Suvi 2016. Mielenterveys- ja päihdepalvelut organisaatiomuutoksen jälkeen - Asiakaslähtöinen arviointitutkimus Äänekoskella. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-12-01.] Saatavissa: <https://theseus.fi/handle/10024/104727>
- TERVEYSPALVELU VERSO s.a. Työterveys [verkkosivu]. Terveystalouden Verso. [Viitattu 2017-08-30.] Saatavissa: <http://terveyspalveluverso.fi/>
- TUORILA, Helena s.a. Onnistunut lääkarissäkäynti - potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita.
- VALTIONEUVOSTON KANSLIA 2016. Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi 2015–2019. Hallituksen julkaisusarja 2/2016. [Viitattu 2016-12-02.] Saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/321857/Toimintasuunnitelma+strategisen+hallitusohjelman+k%C3%A4rkihankkeiden+ja+reformien+toimeenpanemiseksi+2015%E2%80%932019,+p%C3%A4ivitys+2016/305dcb6c-c9f8-4aca-bbbb-1018cd7a1fd8>
- VALVIRA 2015. Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. [Viitattu 2018-04-29.] Saatavissa: <http://www.valvira.fi/-/potilasta-palveleva-hoitosuunnitelma-tehdään-yhteistyössä>
- VAN HASSELT, Fenneke M., SCHORR, Susanne G., MOOKHOEK, Evert J., BROWNS, Jacobus R. B. J., LOONEN, Anton J. M. ja TAXIS, Katja 2012. Gaps in health care for the somatic health of outpatients with severe mental illness. International Journal of Mental Health Nursing 22/2013, 249–255. [Viitattu 2016-12-02.] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104279189&l>
- VEHKO, Tuulikki, AALTO, Anna-Mari, SAINIO, Salla ja SINERVO, Timo 2016. Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. Suomen lääkärilehti 38/2016, 2348–2354.
- VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- VIRKAMÄKI, Antti ja NISKANEN, Leo 2010. Glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden diagnostiset kriteerit ja diabeteksen luokittelu [verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 2017-05-10.] Saatavissa: <http://www.oppiporssi.fi/op/end01804/do>
- VUORI-KEMILÄ, Anne, STENGÅRD, Eija, SAARELAINEN, Ritva ja ANNALA, Tuula 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö. 4. painos. Helsinki: WSOY.

VUORILEHTO, Maria, LARRI, Tuulevi, KURKI, Marjo ja HÄTÖNEN, Heli 2014. Uudistuva mielenterveysystyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

YKI-JÄRVINEN, Hannele ja TUOMI, Tiinamaija 2016. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnoosi ja luokitus [verkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 2017-05-10.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00552&p_haku=diabetes

YLÄ-SAVON SOTE KY s.a.a. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut avohoidossa [verkkosivu]. [Viitattu: 2017-03-30.] Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi>

YLÄ-SAVON SOTE KY s.a.b. Opinnäytetyöt [verkkosivu]. [Viitattu: 2017-04-09.] Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi>

YLÄ-SAVON SOTE KY s.a.c Terveyspalvelut [verkkosivu]. [Viitattu 2017-08-24.] Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/terveyspalvelut>

LIITE 1: TUTKIMUSLUPA

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

28.9.2017

44 § / 2017

48/13.00/2017

Tutkimuslupa / Suvi Alatalo ja Asta Kuokkanen

Selostus asiasta

Valmistelija ja yhteystiedot: toimialasihteeri Virpi K. Kauppinen, puh. 040 161 7245, virpi.katriina.kauppinen@ylasavonsote.fi.

Savonia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Suvi Alatalo ja Asta Kuokkanen hakevat tutkimuslupaa opinnäytetyölleen, jonka aiheena on "Mielenterveysasiakkaan somaattisen hoidon toteutuminen".

Opinnäytetyössä tarkoituksena on kerätä kokemusperäistä tietoa somaattisen hoidon saatavuudesta ja laadusta sekä mahdollisia parannusehdotuksia asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimus toteutetaan kyselytutkimuksena aikuispsykiatrisen poliklinikan aikuisryhmän asiakkaille. Opiskelijat ovat käyneet esittelemässä tutkimussuunnitelmaa aikuispsykiatrisen poliklinikan työpaikkakouksessa 18.9.2017. Valmis työ julkaistaan Theseus-tietokannassa ja tiivistelmät toimitetaan sekä toimeksiantajalle että somaattisen hoidon järjestämisestä vastuussa oleville tahoille. Tutkimuksen aikataulu kuntayhtymässä on 1.10.- 31.12.2017. Kuntayhtymässä yhdyshenkilönä on aikuispsykiatrisen poliklinikan varaesimies Riitta Rönkkö.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen päällikkö Marja Kesti ja aikuispsykiatrisen poliklinikan esimies Raija Sirkka puoltavat tutkimuslupan myöntämistä.

Päätös

Myönnän tutkimuslupan Suvi Alatalolle ja Asta Kuokkaselle "Mielenterveysasiakkaan somaattisen hoidon toteutuminen" - opinnäytetyöhön hakemuksen mukaisesti.

Päätöksen perustelu

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän mielenterveysasiakkaiden somaattisen hoidon kehittämisessä

Peruste

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 53

Otto-oikeus

Yhtymähallitus

Nähtävilläolo

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 4.10.2017

Muutoksenhaku ja
toimielin

Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:
PL 17
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:
017 27 241

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

28.9.2017

44 § / 2017

Seija Kärkkäinen
Hyvinvointijohtaja

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuk-sella.

Jakelu

Saaja:
Suvi Alatalo
Asta Kuokkanen
Tiedoksi:
Raija Sirkka
Riitta Rönkkö
Leila Pekkanen
Marja Kesti

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:
PL 17
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:
017 27 241

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

28.9.2017

44 § / 2017

Oikaisuvaatimusohjeet

Oikaisuvaatimus oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.	
Tiedoksianto asianosaiselle 1)	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §)	Asianosainen Suvi Alatalo ja Asta Kuokkanen
	Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja 28.9.17/vk	
	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle	Asianosainen
	Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus	Vastaanottajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten	
Oikaisuvaatimus viranomaisen	Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite: Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä/Yhtymähallitus/Kirjaamo PL 4 , 74101 Iisalmi Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi Puhelin: (017) 27 241	
Oikaisuvaatimus-aika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erillisen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.	
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimitaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.	
Lisätietoja		

Liitetään päätökseen / otteeseen

- 1) Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 92 §:n 1 momentissa tarkoitettulle asianosaiselle.

Tummennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.

Valitusosoitus

Kunnallisvalitus

Valituksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Oikaisuvaatimuksen johdosta annettuun päätökseen saa hakea muutosta kunnallisvalituksen vain se, joka on tehnyt oikaisuvaatimuksen. Mikäli päätös on oikaisuvaatimuksen johdosta muuttunut, saa päätökseen hakea muutosta kunnallisvalituksen myös asianosainen sekä kunnan jäsen.

Valituksen saa tehdä sillä perusteella, että päätös on syntynyt virheellisessä järjestyksessä, päätöksen tehnyt viranomaisen on

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:
PL 17
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:
017 27 241

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

28.9.2017

44 § / 2017

ylittänyt toimivaltansa tai päätös on muuten lainvastainen.

Viranhaltijalla ei kunnallisen virkaehtosopimukslain (669/709) 26 §:n johdosta ole kuitenkaan oikeutta tehdä valitusta saman lain 2 §:n mukaisesta asiasta, jos hänellä tai viranhaltijayhdistyksellä on oikeus panna asia vireille työtuomioistuimessa.

Hallintovalitus

Kunnan viranomaiset tekevät paljon päätöksiä erilaisten erityislakien nojalla. Erityislakien muutoksenhakusäännökset, jotka ovat hyvin vaihtelevia, menevät kuntalain muutoksenhakusäännösten edelle.

Hallintovalituksen tekemistä ei ole rajattu siihen, että päätös on syntynyt laittomalla tavalla (laillisuusperuste), vaan hallintovalituksen voi tehdä myös sillä perusteella, että päätös on valittajan mielestä epätarkoituksenmukainen (tarkoituksenmukaisuusperuste).

Hallintovalituksen saa tehdä vain asianosainen eli sellainen henkilö tai yhteisö, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta päätös koskee.

Kunnallisvalituksen ja hallintovalituksen alaisiin päätöksiin haetaan muutosta kirjallisella valituksella, joka on toimitettava valitusviranomaisen alla olevaan osoitteeseen:

Itä-Suomen hallinto-oikeus
Minna Canthin katu 64, PL 1744
70101 KUOPIO
S-posti: ita-suomi.hao@oikeus.fi, Faksi: 029 56 42501

Valitus on tehtävä 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun viranhaltijapäätös on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Valituskirjassa on ilmoitettava

- valittajan nimi, ammatti, asuinkunta ja postiosoite
- päätös, johon haetaan muutosta
- mitä osin päätöksestä valitetaan ja muutos, joka siihen vaaditaan tehtäväksi
- muutosvaatimuksen perusteet.

Valituskirja on valittajan tai valituskirjan muun laatijan omakätisesti allekirjoitettava. Jos ainoastaan laatija on allekirjoittanut valituskirjan, siinä on mainittava myös laatijan ammatti, asuinkunta ja postiosoite.

Valituskirjaan on liitettävä päätös, josta valitetaan, alkuperäisenä tai viran puolesta oikeaksi todistettuna jäljennöksenä sekä todistus siitä päivästä, josta valitusaika on luettava.

Valituskirjat on toimitettava valitusviranomaiselle ennen valitusajan päättymistä. Jos valitusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa valitusasiakirjat toimittaa valitusviranomaiselle ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä. Omalla vastuulla valitusasiakirjat voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin valitusasiakirjat on jätettävä niin ajoissa, että ne ehtivät perille ennen valitusajan päättymistä.

Tuomioistuimen ja eräiden oikeushallintoviranomaisten suoritteista perittävistä maksuista annetun lain (701/93) nojalla muutoksenhakijalta peritään oikeudenkäyntimaksua.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:
PL 17
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:
017 27 241

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

LIITE 2: KYSELYLOMAKE

Aluksi muutama taustakysymys:

1. Sukupuoli
 1. nainen
 2. mies
 3. muu

2. Ikä
 1. 18–24 vuotta
 2. 25–34 vuotta
 3. 35–44 vuotta
 4. 45–54 vuotta
 5. 55–64 vuotta

3. Mielenterveyshäiriöni on mielestäni
 1. hyvin lievä
 2. lievä
 3. vakava
 4. hyvin vakava

4. Mielenterveyshäiriöni vaikuttaa jokapäiväiseen elämään
 1. ei ollenkaan
 2. jonkin verran
 3. paljon
 4. erittäin paljon

**Seuraavat kysymykset liittyvät mahdolliseen somaattiseen eli elimelliseen sairauteen tai niiden oireisiin. Somaattisia sairauksia ovat mm. diabetes eli sokeritauti, sydän- ja verisuonisairaudet kuten korkea verenpaine ja sepelvaltimotauti tai muu sellainen. Somaattisia oireita voivat olla mm. pitkittynyt kuume, voimakas hen-
genahdistus, rintakipu tai muu sellainen.**

5. Minulla on diagnosoitu somaattinen sairaus (diabetes, sydän- ja verisuonisairaus tai jokin muu)
 1. kyllä
 2. ei

6. Minulla on joskus ollut hoitoa vaativia somaattisia oireita (pitkittynyt kuume, rintakipu tai jokin muu)
 1. kyllä
 2. ei

7. Minulla on ollut käyntejä terveydenhuollossa (sairaalan päivystys, terveyskeskuksen vastaanotto, työterveyshuolto, hammashoito tms.) somaattisen sairauden tai oireiden vuoksi viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana
 1. ei yhtään
 2. 1–3 kertaa
 3. 3–5 kertaa
 4. yli 5 kertaa

8. Minulla on olemassa oleva hoitosuhde somaattisen sairauteni hoidon vuoksi

1. ei

2. kyllä

Missä? _____

9. Saan tukea somaattisen sairauteni hoitamiseen

1. liikaa

2. riittävästi

3. en saa tukea, enkä koe sitä tarvitsevani

4. liian vähän

5. en saa tukea, vaikka koen sitä tarvitsevani

Mihin koen tarvitsevani vähemmän tukea? _____

Mihin koen tarvitsevani lisää tukea? _____

Keneltä toivoisin saavani lisää tukea? _____

Somaattiseen hoitoon hakeutuminen:

10. Olen hakeutunut somaattiseen hoitoon tarvittaessa

1. itse

2. jonkun toisen toimesta

Kenen? _____

3. en ole hakeutunut hoitoon

Miksi? _____

11. Kokemukseni somaattiseen hoitoon hakeutumisesta

1. erittäin hyvä

2. hyvä

3. ei hyvä eikä huono

4. huono

5. erittäin huono

12. Oliko somaattiseen hoitoon hakeutumisessa ongelmia

a. ei

b. kyllä

Millaisia ongelmia? _____

Parannusehdotuksesi? _____

Mikä meni hyvin? _____

Somaattiseen hoitoon pääsy:

13. Somaattiseen hoitoon pääsy oli mielestäni

1. helppoa
2. ei helppoa, eikä vaikeaa
3. vaikeaa

Miksi? _____

14. Kokemukseni somaattiseen hoitoon pääsystä

1. erittäin hyvä
2. hyvä
3. ei hyvä eikä huono
4. huono
5. erittäin huono

15. Oliko somaattiseen hoitoon pääsyssä ongelmia

1. ei
2. kyllä

Millaisia ongelmia? _____

Parannusehdotuksesi? _____

Mikä meni hyvin? _____

Kohtaaminen somaattisessa terveydenhuollossa:

16. Kokemus ensikohtaamisesta somaattiseen hoitoon hakeutuessani

1. erittäin hyvä
2. hyvä
3. ei hyvä eikä huono
4. huono
5. erittäin huono

17. Seuraavassa väittämiä kohtaamisesta somaattisessa terveydenhuollossa

Laita rasti kohtaan joka parhaiten kuvaa kokemustasi

Väittämä:	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa/Ei eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Oireeni otettiin tosissaan					
<u>Hoitajat</u> kohtelivat minua asiallisesti					
<u>Lääkäri</u> kohteli minua asiallisesti					
Minut huomioitiin yksilöllisesti					
Minua kohdeltiin tasavertaisesti					
Sain tietoa sairaudestani riittävästi					
Sain tietoa hoidostani riittävästi					
Sain selkeät hoito-ohjeet					
<u>Hoitajat</u> olivat ammattitaitoisia					
<u>Lääkäri</u> oli ammattitaitoinen					

18. Oliko ensikohtaamisessa somaattisen hoitohenkilökunnan kanssa ongelmia

- a. ei
- b. kyllä

Millaisia ongelmia? _____

Parannusehdotuksesi? _____

Mikä meni hyvin? _____

Somaattinen jatkohoito:

19. Somaattiseen jatkohoitoon ohjautuminen

- 1. tilanteeni ei vaatinut jatkohoitoa
- 2. minun tuli hakeutua jatkohoitoon itse, hakeuduin
- 3. minun tuli hakeutua jatkohoitoon itse, en hakeutunut
- 4. jatkohoitoni järjestettiin

20. Kokemus somaattiseen jatkohoitoon ohjautumisesta

- 1. erittäin hyvä
- 2. hyvä
- 3. ei hyvä eikä huono
- 4. huono
- 5. erittäin huono

21. Oliko somaattisen jatkohoidon saatavuudessa tai sen järjestämisessä ongelmia

- a. ei
- b. kyllä

Millaisia ongelmia? _____

Parannusehdotuksesi? _____

Mikä meni hyvin? _____

Onko sinulla vielä jotain mitä haluaisit kertoa asiaan liittyen?

Kiitokset vastauksistasi!

LIITE 3: SAATEKIRJE

Arvoisa vastaaja

Teemme opinnäytetyön kyselytutkimuksena aiheesta: Mielenterveysasiakkaan somaattisen hoidon toteutuminen – Asiakkaiden kokemuksia somaattisen hoidon saatavuudesta ja laadusta. Opinnäytetyö on osa sairaanhoitajaopintojamme Savonia-ammattikorkeakoulussa.

Kyselyn tavoitteena on saada tietoa Sinun kokemuksistasi somaattisen hoidon saatavuudesta ja laadusta.

Toivomme Sinun vastaavan tähän kyselyyn poliklinikkakäyntisi yhteydessä. Vastaaminen kestää noin 5–15 minuuttia.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja siihen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta saamaasi hoitoon.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa kyselyn tuloksista.

Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiin opinnäytetyöhömmme liittyen.

Ystävällisin terveisin

Suvi Alatalo
suvi.alatalo@edu.savonia.fi

Asta Kuokkanen
asta.kuokkanen@edu.savonia.fi

Ohjaava opettaja:
Arja-Sisko Kainulainen
arja-sisko.kainulainen@savonia.fi